TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

Étude sur l'Assistance publique en France (en russe), Gazette méd. de Saint-Pétersbourg, 1885.

Sur le Patronage des aliénés guéris et sortis des Asiles (en russe), Comptes rendus du 1[er] Congrès russe de médecine mentale, Saint-Pétersbourg 1887.

Phlegmon sous-aponévrotique du bras avec tétanos chez une maniaque, Annales médico-psychologiques, 1887.

Anomalie musculaire chez l'homme : muscle presternal, Bulletin de la Soc. Anat. 2 mars 1888.

Onanisme et suggestion hypnotique, Revue de l'hypnotisme, 1888.

Étude sur l'organisation de l'Assistance publique en Russie, Progrès Médic. 1889.

Dégénérescence mentale et suggestion hypnotique, Revue de l'hypnotisme, 1889.

Hystérie mâle et dégénérescence, Th. Paris, couronnée par la Faculté, 1890.

Du sulfonal chez les aliénés, Progrès médical, 1890.

Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices, Annales médico-psychol., 1892.

Sur un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsession, Annal. méd. psych., 1892.

Contribution à l'étude des auto-intoxications dans les maladies mentales (en collaboration avec MM. Gilbert Ballet et Bordas) : Comptes rendus du Congrès des aliénistes tenu à La Rochelle, 1893.

Etude sur les obsessions et les impulsions à forme continue, Comptes rendus du Congrès des aliénistes tenu à La Rochelle, 1893.

Sur le délire de persécution avec auto-accusation dans l'alcoolisme, Annales médic. psychol., 1894.

Phobies dans l'insuffisance mitrale, Annal. méd. psych , 1895.

Démence juvénile avec athétose double, Comptes rendus du Congrès des médecins alién. et neurol. tenu à Bordeaux, 1895

L'Alcoolisme et l'instruction publique, Paris, 1896.

DES VARIÉTÉS CLINIQUES

DE

LA FOLIE

EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE

PAR

J. ROUBINOVITCH

Chef de Clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris

AVEC UNE PRÉFACE

DE M. LE PROFESSEUR JOFFROY



PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1896

AUGUSTE RÉTY. — GRANDE IMPRIMERIE DE MEULAN (S.-ET-O.)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Permettez-moi, mon cher Maître, de vous dédier cet ouvrage dont vous m'avez inspiré l'idée.

Votre respectueusement reconnaissant,

J. R.

PRÉFACE

DE

M. le Professeur JOFFROY

« Alors toute la terre avait un même langage et une même parole.

« Mais il arriva, comme ils partirent d'Orient, qu'ils trouvèrent une campagne au pays de Seinhar, où ils habitèrent.

« Et ils se dirent l'un à l'autre : Allons, faisons des briques, et les cuisons au feu. Et ils eurent des briques au lieu de pierres, et le bitume leur fut au lieu de mortier.

« Et ils se dirent : Venez, bâtissons-nous une ville et une tour, de laquelle le sommet soit jusqu'aux cieux, et acquérons nous de la réputation, de peur que nous ne soyons dispersés sur toute la terre.

« Alors l'Eternel descendit pour voir la ville et la tour que bâtissaient les fils des hommes.

« Et l'Eternel dit : Voici, ils ne sont qu'un peuple, et tous ont un même langage, et ils commencent à travailler ; et maintenant rien ne les empêchera d'exécuter ce qu'ils ont projeté.

« Venez donc, descendons, et confondons-là leur langage, afin qu'ils ne s'entendent point les uns les autres.

« Ainsi, l'Eternel les dispersa de là par toute la terre, et ils cessèrent de bâtir la ville.

« C'est pourquoi son nom fut appelé Babel ; car l'Eternel y confondit le langage de toute la terre et de là il les dispersa sur toute la terre (1) ».

Cette légende biblique montre bien que la confusion du langage n'est pas chose nouvelle et que, aux premiers âges de l'humanité, il arrivait aux travailleurs, associés dans une œuvre commune, de ne pouvoir plus s'entendre parce qu'ils ne parlaient plus tous la même langue. Ce mal s'est perpétué à travers les âges, toutes les sciences, les sciences médicales en particulier, en ont souvent souffert et aujourd'hui encore, les aliénistes des

(1) La Sainte-Bible, d'après la version revue par J. F. Ostervald. Genèse, chap. XI, versets 1 à 9.

différents pays parlent une langue différente pour le plus grand dommage de la psychiâtrie.

Si l'on compare, en effet, la terminologie et la classification des maladies mentales dans les ouvrages français et allemands, on est vraiment surpris des différences, et il semble à première vue, presque impossible de s'y retrouver, parmi le dédale de ces variétés nombreuses qui s'enchevêtrent dans les descriptions des auteurs, à ce point qu'on pourrait se demander s'il n'y a pas, suivant les pays, des différences importantes dans la nature même des affections mentales.

Mon chef de clinique, M. le Dr Roubinovitch a entrepris sur mes conseils, la tâche difficile et méritoire de demêler la raison de ces divergences. Il a pu établir qu'il ne s'agissait pas de maladies différentes, mais seulement d'une conception différente de la pathologie mentale. Tandis que les auteurs français, fidèles en cela à la méthode habituellement suivie en nosologie, s'appuient à la fois sur l'évolution clinique, les circonstances étiologiques, les résultats de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire sur un ensemble de notions anatomo-cliniques pour caractériser les espèces

morbides, les auteurs allemands se fondent presque uniquement sur l'état du développement physique et psychique du cerveau. Or, cette base d'appréciation est, dans l'état actuel de nos connaissances, des plus instables. Il est malaisé d'évaluer d'une façon un peu précise, le degré du développement cérébral, alors surtout qu'en aliénation mentale les lésions sont bien souvent inconnues, les manifestations cliniques fréquemment mobiles, les commémoratifs incertains, incomplets ou même absents. Les points d'appui d'une classification ne sont pas si nombreux qu'on ait le droit de faire entre eux un choix, et d'en délaisser quelques-uns de parti pris. L'hérédité, sans doute, à laquelle les auteurs allemands attribuent une importance prépondérante, joue ici un grand rôle, mais le même rôle que dans toute la neuropathologie, dont la psychiâtrie, on ne doit pas l'oublier, n'est qu'un embranchement : or, l'hérédité, est à l'heure actuelle un élément encore peu connu, variable et inconstant, et ne saurait par conséquent à elle seule servir de base à la distinction des maladies nerveuses. C'est ce que M. Roubinovitch a bien mis en lumière dans

les conférences qu'il a faites dans mon service à l'Asile Sainte-Anne.

Mon Chef de Clinique est bien connu du public médical, je n'ai donc pas besoin de le présenter aujourd'hui. Mais je tiens à dire que non-seulement j'ai entendu ses leçons avec intérêt, mais que je m'y suis instruit, et je ne doute pas que tous ceux qui s'intéressent à la pathologie mentale y trouvent aussi grand profit.

Paris, le 3 Février 1896.

A. JOFFROY.

PREMIÈRE CONFÉRENCE

INTRODUCTION

Sur les rapports entre les idées religieuses et philosophiques des peuples et les théories répandues sur l'aliénation mentale.

SOMMAIRE : Pourquoi les aliénistes français ont-ils une nosologie mentale différente de celle des psychiâtres allemands. — Les origines de la pathologie mentale. — Epoque primitive : doctrine divine. — Phase hippocratique : doctrine pituito-biliaire. — Période des compilateurs et règne du galénisme. — La médecine des Arabes. — Torpeur médicale du Moyen-Age. — L'influence du scepticisme de Montaigne et des travaux de Bacon, Descartes, etc. — Retour à la doctrine humorale. — Les observations cliniques de Félix Plater. — Les travaux de Th. Bonnet, Willis, Vieussens, Boerhaave, Morgagni, Sauvages. — — La philosophie sensualiste de Lock. — L'éducation de Pinel et d'Esquirol sur les bases de cette philosophie vulgarisée en France par l'abbé Condillac. — La méthode de Pinel et d'Esquirol.— Comparaison avec celle d'Heinroth. — La philosophie animiste de Stahl. — L'école de Pinel et d'Esquirol en France. — Les écoles animiste et somatique en Allemagne.

MESSIEURS,

Les différentes variétés morbides qui constituent l'aliénation mentale se présentent dans tous les pays, à peu de chose près, avec le même ensemble de symptômes intellectuels, moraux et physiques. Que l'on examine, par exemple, les aliénés de France ou ceux d'Allemagne au point de vue de leur délire : genre, début, évolution, terminaison, ou au point de vue des signes physiques qui accompagnent leurs affections mentales, et l'on trouvera chez les uns et les autres une identité presque absolue. Et cependant nous constatons que les aliénistes français comprennent, décrivent et groupent les maladies mentales autrement que les psychiâtres allemands.

La raison de cette différence doit être cherchée dans l'origine même de notre science.

Il a toujours existé un rapport étroit entre les idées religieuses et philosophiques des peuples et les théories répandues sur l'aliénation mentale.

Dans l'époque primitive, la doctrine divine règne et explique tout. Les Hébreux, les Grecs avant la révolution scientifique, les Egyptiens, les Romains avant la conquête de la Grèce observaient des cas incontestables de folie. L'accès d'excitation maniaque de Saül (1) dont la Bible donne une description aussi pittoresque qu'exacte,

(1) *La Sainte Bible*. Livre des Rois. Chap. XVI.

la zoantropie de Nabuchodonosor (1) dont l'histoire est relatée dans le livre de Daniel, la mélancolie de Méléagre, le délire d'Oreste en sont des preuves trop classiques ; et l'on sait d'autre part que la seule interprétation admise dans ces temps éloignés était que tous les fous subissaient l'influence tantôt des divinités célestes comme Saül et Nabuchodonosor, tantôt des puissances infernales, des Euménides, des Furies maternelles comme Méléagre et Oreste.

La révolution scientifique survenue en Grèce vers la 50e olympiade, amène une seconde phase dans les théories sur la folie. L'esprit humain sous l'impulsion vigoureuse du pythagorisme s'attache à examiner les choses de la nature. Ces recherches conduisent Hippocrate (2) à rattacher les maladies aiguës à l'action de la bile. On sait comment cette théorie fut appliquée aux maladies mentales par le célèbre médecin de Cos. La présence de la bile noire (μηλας χολη, mélancolie) dans le sang engendrait la folie. Aussi, son seul remède était un médicament dont il est déjà question dans les temps mythologiques, l'ellébore, vomi-purgatif dont l'action drastique est due à la présence de la vératrine.

Il serait d'ailleurs erroné de croire qu'Hippocrate ait traité d'une manière spéciale l'aliénation mentale. A vrai dire, on ne trouve dans ses livres que de vagues

(1) *Id.*, Livre de Daniel. Chap. II à VI.

(2) *Hippocrate* (460 à 380 à Cos). Œuvres complètes. Édit. Littré 1839 à 1853. Traduction française avec texte en regard.

indices de quelques faits cliniques rapidement esquissés. Ce qui nous intéresse davantage dans son œuvre, c'est son esprit général, sa doctrine, et à ce point de vue je ne puis m'empêcher de vous citer le passage suivant :

« Les hommes, dit le père de la médecine, n'ont de « la joie, du plaisir, de la gaieté, de la prudence que « par le cerveau. Par lui nous viennent aussi les peines, « les tristesses, le chagrin, la perte de la raison. Nous « lui devons l'intelligence, la sagesse, la vue, l'ouïe, la « pudeur, la connaissance de ce qui est bon ou mauvais, « de ce qui est agréable ou désagréable, il nous apprend « à juger de tout, d'après l'usage et d'après l'utilité qui « nous en revient dans les diverses circonstances, car « les mêmes choses ne nous plaisent pas constamment. « C'est par le cerveau que nous tombons dans le délire, « dans la manie, que nous recevons la peur, les « frayeurs, tantôt la nuit, tantôt le jour, les rêves et les « erreurs de toute espèce, les soucis déplacés. Nous « tombons dans ces divers états quand le cerveau est « plus chaud que de coutume, ou plus froid, ou plus « humide, ou plus sec. Quand son humidité dépasse la « normale, il s'agite. Or, l'agitation du cerveau fait « que l'ouïe et la vue ne sont pas assurées. L'on voit et « l'on entend une chose pour l'autre. »

« Le cerveau est susceptible d'altération dans sa con- « sistance, ou par la pituite ou par la bile. On peut aller « jusqu'à distinguer par laquelle des deux humeurs il « se trouve vicié : les folies dépressives sont provoquées « par la pituite ; la bile, au contraire, détermine des « formes morbides accompagnées d'une vive excita- « tion. » (1).

Toute la doctrine d'Hippocrate est dans ces lignes. Si

(1) *Hippocrate*. Loc. cit., t. II, p. 100 et suiv.

maintenant on cherche à travers ses aphorismes quelques indications sur les formes nosologiques observées à cette époque, on semble autorisé à dire qu'on décrivait alors couramment des syndrômes tels que la manie aiguë (1), la mélancolie (2), l'hypochondrie (3), le délire par intoxication vineuse (4), l'épilepsie (5). On attribue en outre à Hippocrate la description d'une forme morbide découverte par lui : la phrénitis (6), affection mentale, qui, d'après sa symptomatologie (fièvre, carphologie, pouls petit et serré) se rapprocherait de ce qu'on appelle aujourd'hui la confusion mentale aiguë et qui d'après le médecin de Cos, serait provoquée par une inflammation du centre phrénique. Or, pour faire le diagnostic de cette inflammation, il suffisait dans ces temps heureux de constater une douleur en comprimant les hypochondres.

L'école hippocratique avec sa doctrine pituito-biliaire a eu un succès dû en grande partie à la vive réaction qu'elle provoqua contre les sorciers, les enchanteurs, les charlatans qui expliquaient la nature des maladies d'une façon surnaturelle et voulaient faire croire qu'ils étaient en commerce direct avec les dieux.

La doctrine révolutionnaire pénètre à Rome sous l'empire de Tibère ; elle est enseignée là par Celse (7) qui

(1) *Id.* Loc. cit. Régime dans les maladies aiguës, p. 284.
(2) *Id.* Loc. cit. Les aphorismes. 6e livre, § 2.
(3) *Id.* Loc. cit. Les aphorismes, 2e livre § 66 et suiv.
(4) *Hippocrate.* Loc. cit. Les épidémies. 5e livre, § 2.
(5) *Id.* Loc. cit. Les épidémies. 6e livre, § 31.
(6) *Id.* Loc. cit. Régime dans les maladies aiguës, § 30 et suiv.
(7) *Celse.* De arte medica. Trad. Fouquier et Ratier. Paris, 1823.

essaie une sorte de classification. Pour lui la folie (insania) se présente sous trois formes : dans la première domine l'excitation; la seconde se caractérise par la dépression ; le trait principal de la troisième sont les hallucinations. La forme avec excitation comprend deux variétés : la manie et la frénésie. La folie avec dépression constitue la mélancolie. Enfin, la forme dans laquelle les malades sont sous le coup des erreurs des sens (*imaginibus non mente falluntur,* comme dit Celse), n'est autre chose que le délire hallucinatoire (1).

Toutes les célébrités antiques, Arétée de Cappadoce (2) (fin du Ier siècle de notre ère), Soranus (3) (vers la même époque), Cœlius Aurelianus (4) (fin du IIe siècle), Galien (5) lui-même ne font qu'adopter la théorie humorale d'Hippocrate. Leur mérite est plutôt d'ordre clinique. C'est ainsi qu'Arétée a donné une bonne description de la démence sénile et de la folie épileptique, que Soranus a exposé avec des détails remarquables le délire par intoxication vineuse, que Cœlius s'est fait connaître par le non-restreint appliqué au traitement des maniaques. Enfin, Galien le célèbre

(1) *Id.* Loc. cit., p. 174 et suiv.

(2) *Arétée* De Causis et signis dinturnurum morborum. Édition Kühn, Leipzig 1828., 1er livre.

(3) *Soranus l'Ancien* (sous Trajan et Adrian). Son ouvrage : LA VIE D'HIPPOCRATE est perdu; il en est question dans les livres de Cœlius Aurelianus.

(4) *Cœlius Aurelianus,* Tardarum passionnum, Bâle, 1529 et Acutarum passionnum, Paris 1533.

(5) *Galien.* Œuvres complètes. Édition Daremberg. Paris, 1854-1857.

médecin de Pergame, encyclopédiste médical de son époque, rassembla en un code systématique toute la science des maladies, sans qu'on y trouve quelque chose de nouveau au point de vue de la pathologie mentale ; pour cette dernière, Galien ne contredit pas Hippocrate.

Les siècles qui suivirent, appartiennent aussi bien dans les pays grecs que chez les peuples latins aux compilateurs. Le code de Galien, qui n'est lui-même qu'une réminiscence amplement développée des idées hippocratiques, est analysé, résumé, traduit. C'est le règne du galénisme.

Vers le VIIIe et IXe siècle de l'ère chrétienne, naît ce qu'on a appelé improprement la médecine des arabes. Ces derniers ayant fondé à cette époque un important empire, prirent goût aux sciences des grecs, dont ils traduisirent, sur des versions syriaques, un grand nombre de livres. Ils reprirent le Code de Galien, le développèrent en y introduisant des notions de médecine indienne puisées dans le célèbre ouvrage de Susruta (1). C'est de ce mélange qu'est née la médecine arabiste. Toutefois, au point de vue qui nous intéresse, on trouve dans les livres des arabes des observations nouvelles, où il s'agit de délires symptomatiques et de folies sympathiques.

La torpeur médicale du moyen-âge a fait faire à

(1) *Susruta*, célèbre médecin hindou, appartenant à une époque très reculée, très antérieure au IXe siècle.

la médecine mentale un pas en arrière. On a vu revenir la doctrine du surnaturel comme dans le temps de Nabuchodonosor ; la folie, et surtout le délire hallucinatoire si fréquent dans ces siècles d'ignorance, étaient traités par des exorcismes, les tortures, le bûcher. La croyance à la sorcellerie était si générale, qu'au XVIe siècle, par exemple, des médecins comme Bodin, Boquet, Fernel et tant d'autres, expliquaient la démonomanie par un effet pernicieux d'une puissance infernale luttant contre la puissance divine. Le scepticisme de Montaigne s'est exercé contre ces idées. Les sciences naturelles et mathématiques qui ont pris un essor si considérable sous l'influence des travaux de Bacon, Descartes, Pascal, Leibnitz, Newton, les ont également discréditées. Sous cette double influence, philosophique et scientifique, l'ancienne doctrine humorale d'Hippocrate revient peu à peu. Elle est adoptée, par exemple au commencement du XVIIe siècle, par Baillou (1) qui fait même quelques tentatives anatomo-pathologiques quand il cherche à expliquer la mélancolie, l'hypochondrie, l'épilepsie et l'hystérie par la présence d'une quantité trop considérable de sérosité dans les cavités cérébrales.

A la même époque, à l'Université de Bâle, Félix Plater (1536-1614) donne dans ses leçons de médecine pratique, une place inusitée aux affections mentales. « Le vrai Nestor de notre profession », comme l'appelle dans une

(1) *Baillou*. Opera Omnia. Édition Tronchin, Genève, 1762.

lettre *Varendaeus*, le doyen de la Faculté de Montpellier, en 1613, a publié en 1614 un gros volume d'observations personnelles parmi lesquelles on retrouve 94 observations relatives à la pathologie mentale (1). Pour Plater, les folies entrent dans le groupe des lésions fonctionnelles de la sensibilité et de la motilité (*in fonctionum sensus et motus laesionibus*). Aussi, voit-on figurer à côté d'observations d'aliénation mentale d'autres observations où il s'agit de tout autres troubles ; par exemple : *Stupor brachii ex compressione; vertigo epilepsiae proxima ; surditas in una aure, in altera gravis auditio ; oculorum convulsio seu spasmus in resolutione ; tremor generalis multarum partium diuturnus ; dyspnoea in febre tertiana ; tussis cum sputo sanguinis ; impotentia ob testes amissos ; sterilitas, menstrum fluxus cum labore*, etc. Quant aux observations de folie, Plater les réunit en trois petits chapitres intitulés, le premier : *in mentis imbecillitate observationes ;* le suivant : *in mentis consternatione observationes ;* le troisième : *in mentis alienatione observationes*. On a voulu voir dans cette division un essai de classification (2). Quand on regarde d'un peu plus près, on est obligé

(1) Felicis Plateri Archiatri et Profes. Basil. Observationum, in hominis affectibus plerisque corpori et animo, functionum laesione, dolore, aliave molestia et vitio incommodantibus. Libri tres.

Ad Praxeos illius Tractatus tres, quorum primus Fonctionum laesiones, secundus Dolores, tertius vitia continet, accomodati.

In quibus eo ordine, diversorum affectuum sub generibus hisce comprehensorum, progressus, eventus, curationes, uti ab authore hac observata tractataque fuerunt. Historice describuntur. Basileae. Impensis Ludovici König. Typis Conradi Waldkirchii. MDCXIIII.

(2) *Marcé*. Traité pratique des maladies mentales. Paris, 1862, p. 15.

de reconnaître que les observations sont simplement groupées sans qu'on puisse y découvrir une unité ou une idée directrice quelconque. Par exemple, dans le chapitre relatif aux observations d'aliénation mentale proprement dite (*in mentis alienatione observationes*) on trouve un peu de tout : une observation d'idiotie congénitale, celle d'un ivrogne, qui en plein jour se figurait qu'il faisait nuit autour de lui, une autre, où il s'agit d'une femme prise d'une impulsion de tuer l'enfant qu'elle allaitait, un cas de trouble psychique avec douleur précordiale, des observations intitulées : *amor immodicus, amor vehemens, amor tacitus*, plusieurs cas de persécutés-persécuteurs dont le trouble mental est désigné sous le nom de Zelotypia (1), une vingtaine d'observations de mélancolie, de manie, d'hydrophobie, de phrénitis, de paraphrénitis, de chorée (*Viti saltus*). On ne peut donc pas parler d'une classification de Félix Plater. Ce sont plutôt les observations elles-mêmes qui sont souvent originales et qui témoignent d'un esprit curieux et chercheur. Parmi les observations de mélancoliques, on rencontre un cas de mélancolie à deux. La forme hypochondriaque de la mélancolie est esquissée d'une façon très vivante dans trois cas. Deux observations d'impulsion à l'homicide sont des exemples du genre. Dans l'ensemble, Plater a donné là quelque chose qui dépassait par l'exactitude de la description,

(1) Mot grec : Ζηλος-Zèle, τιπτειν-frapper ; Zelotypia se traduit généralement par : folie persécutive.

par la sincérité de l'observation, tout ce qui avait été publié avant lui. Il était nécessaire de faire mieux ressortir l'œuvre de ce médecin de Bâle, car c'est à peine s'il est question de lui dans nos livres classiques ; or, au point de vue de ce qui a été fait de vraiment utile pour la pathologie mentale au XVII[e] siècle, Félix Plater mérite la première place.

Dans ce siècle, nous ne rappellerons plus que les travaux de Willis (1) et de Théophile Bonnet (2). Le premier, a consacré tout un volume aux maladies de l'encéphale. Chimiâtre dans les autres branches de la pathologie, il cherche par une tendance théologique de son esprit à attribuer la folie à l'action des esprits animaux. Dans la manie, par exemple, Willis voit une effervescence de ces esprits, dans la mélancolie, au contraire, leur engourdissement. Sa classification de troubles mentaux n'a non plus rien de bien personnel ; il admet : 1° la mélancolie qu'il subdivise en *m.* spécialis et en *m.* universalis ; 2° la manie et 3° la stupidité, où l'on voit l'imbécilité, l'idiotie, la démence, la stupeur. Dans une observation, il y a une allusion à la folie à double forme. Théophile Bonnet est séduit par les arabistes et il renouvelle la doctrine d'après laquelle les lésions viscérales jouent un grand rôle dans la production des maladies de l'esprit.

(1) *Thom. Willis* (1622-1675). Opera omnia. Loudun, 1681.

(2) *Théoph. Bonnet.* Sepulchretum, sive anatomia practica, 1700. 3 vol. in-folio.

Le goût de l'observation clinique, inaugurée dans le domaine de l'aliénation mentale par Félix Plater, n'a été en somme que la résultante de l'impulsion philosophique de l'époque qui poussait les savants dans la voie de l'étude des phénomènes naturels. Le célèbre philosophe anglais Locke (1) (1632-1704), y a beaucoup contribué. Une fois éveillé, ce goût grandit de plus en plus; nous le retrouvons au commencement du XVIIIe siècle dans les œuvres de Vieussens et de Boerhaave, tous les deux imitant Plater et cherchant en outre à expliquer les faits cliniques par l'humorisme d'Hippocrate et la chimiâtrie de Willis; nous le retrouvons plus tard à un degré beaucoup plus accentué chez Morgagni (2) qui, chose inconnue jusqu'alors, fait des autopsies d'aliénés et découvre une série de lésions dont les unes envahissent la dure-mère ou la pie-mère, les autres attaquent la substance grise ou blanche des hémisphères cérébraux; désormais, l'examen des solides prendra une importance, qui n'ira qu'en augmentant. Vers la même époque (seconde moitié du XVIIIe siècle), Sauvages (3) essaie de classer les affections nerveuses et mentales. Ces dernières constituent d'après lui une classe (la 8e), dans la série des troubles nerveux; elles se subdivisent en cinq ordres, hallucinations, morosités, délires, débilité et folies anomales. Sans parler de certains noms de

(1) *Locke*. Essai sur l'entendement humain. 1695.

(2) *Morgagni* (1682-1771). De Sedibus et causis morborum per anatomen inducatis. 1762.

(3) *Sauvages* (1706-1767). Nosologie méthodique. 1760, p. 340 et suiv.

maladies qui, comme morosités par exemple, manquent de rigueur et de précision, on trouve, rapprochées dans le même groupe, les syndrômes les plus disparates; par exemple, dans le groupe des hallucinations on voit les variétés suivantes : vertige, berlue, diplopie, tintouin, hypochondrie, somnambulisme, et l'on se demande ce qu'il y a de commun entre la diplopie et l'hypochondrie. Les descriptions de variétés valent mieux ; celle de la mélancolie avec stupeur (melancholia attonita) est pour ainsi dire classique (1).

Jusque-là on voit très nettement dans quelle direction marche l'aliénation mentale dans toute l'Europe scientifique. La philosophie de Locke, née elle-même de toutes les doctrines sensualistes antérieures était particulièrement en honneur en France du XVIII[e] siècle. Dans son « *Essai sur l'entendement humain* » le philosophe anglais doublé d'un médecin, étudie les sources de nos idées, leur formation, l'origine des mots, la connaissance. Il attaque la doctrine des idées innées, des idées transmises par hérédité, qui d'après lui, n'existent pas, car l'esprit à l'origine n'est qu'une table rase. Les idées nous viennent par deux voies : la sensation, d'où dérivent toutes les idées des choses distinctes du sujet pensant et la réflexion qui est la source de toutes les idées sur les opérations de l'âme. Produit de la sensation et de la réflexion, les idées sont simples ou complexes selon qu'elles sont composées d'un seul ou de plusieurs

(1) *Sauvages.* Loc. cit., p. 359.

éléments primitifs; c'est ainsi, par exemple, que l'idée d'espace est une idée simple qui est donnée par la sensation visuelle ou tactile, tandis que l'idée de cause et d'effet est complexe parce qu'elle se compose d'une part de la sensation des faits se produisant toujours l'un après l'autre et d'autre part de la réflexion qui fait que nous avons conscience de notre activité interne. De la conformité entre nos idées et leurs objets, naît la connaissance. En somme, d'après Locke, un raisonnement juste est celui qui consiste à chercher avec soin les occasions physiques dans lesquelles nos idées s'éveillent, à prendre ces occasions pour des causes et à adopter comme faits naturels les comparaisons et les rapports que nous établissons entre les idées, sans se demander si ces rapports n'impliquent pas des idées antérieures aux premières. Toute la philosophie sensualiste est fondée sur ces principes.

La doctrine de Locke a été reprise en France par l'abbé Condillac (1), précepteur du duc de Parme, qui jusqu'en 1754 se contente de répandre les idées du philosophe anglais, mais qui à partir de cette époque jusqu'à 1780, les pousse jusqu'à leurs conséquences extrêmes. Pour lui aussi la perception externe est la source de toutes nos connaissances. On connaît sa profession de foi : « La méthode (2) expérimentale est le fonde-« ment de toute philosophie qui mérite ce nom. Il s'agit

(1) *Condillac* (1715-1780). Traité des sensations. 1754.
(2) *Id.* Loc. cit., p. 10 et suiv.

« seulement d'en déterminer le mode : il faut nous « observer dès les premières sensations que nous éprou-« vons ; il faut démêler la raison de nos premières opé-« rations, remonter à l'origine de nos idées, en déve-« lopper la génération, les suivre jusqu'à la limite que « la nature leur a prescrite. » Après avoir démontré que tout nous vient de nos sensations il explique comment ces dernières engendrent l'attention et la mémoire. Sur un seul point seulement il est en désaccord avec Locke : il admet l'existence des idées innées en tant qu'idées héréditaires.

Or, Pinel (1) et Esquirol (2) ont abordé l'étude de la pathologie mentale après s'être imbus de la doctrine de Condillac.

On comprend alors facilement la tournure que la doctrine sensualiste a dû imprimer aux travaux de ces deux aliénistes qui ont fait entrer dans une voie nouvelle la pathologie mentale. Elle a fait d'eux avant tout des observateurs, des cliniciens préoccupés de l'examen et de la description des symptômes.

Une des propositions fondamentales de Pinel est celle-ci : « Il faut étudier les maladies mentales en « suivant la méthode de la philosophie sensualiste, et « en appliquant aux troubles mentaux les procédés de « l'observation médicale (3). » C'est ce qu'il a essayé de

(1) *Pinel* (1755-1826). Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris, 1809.

(2) *Esquirol* (1772-1840). Des maladies mentales. Paris, 1838.

(3) *Pinel*. Loc. cit. Introduction à la 1re édition, p. 1.

faire en étudiant les quatre variétés de sa classification : la manie, la mélancolie, la démence, l'idiotisme. Son élève Esquirol s'est attaché encore davantage à l'examen et à la description des symptômes. Par exemple, c'est à lui que nous devons la première définition de l'hallucination. « Un homme, dit-il, est en état d'hallucination quand il a la conviction intime d'une sensation actuellement perçue alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée de ses sens (1). » En moins de mots, l'hallucination serait une perception sans objet. Cette définition est critiquée aujourd'hui, mais pendant très longtemps elle a été adoptée universellement. Esquirol voyait avant tout dans les maladies mentales des symptômes et des syndrômes. D'où la classification suivante proposée par lui : lypémanie (mélancolie des anciens), monomanie (délire sur un seul objet), manie (délire sur toute sorte d'objets), démence, imbécilité, idiotie. On a fait des objections à cette classification; on l'a trouvée incomplète; on a démontré la non-existence des monomanies; on a trouvé le principe lui-même de la classification (principe symptomatique) insuffisant; mais il n'en reste pas moins vrai, que le fond sur lequel elle repose est clinique parce qu'elle est le résultat de l'observation objective. Une synthèse des différents syndrômes aurait été encore prématurée.

A la même époque, c'est-à-dire au début du siècle,

(1) *Esquirol*. Loc. cit., t. I., p. 80.

pendant que Pinel et Esquirol essaient d'établir la pathologie mentale sur une base conforme à la doctrine sensualiste, en Allemagne à la tête de la psychiâtrie se trouve Heinroth (1), professeur de maladies mentales à Leipzig, qui cherche à placer cette partie des sciences médicales sur le terrain de la philosophie animiste. Il subissait en cela l'influence de Stahl (2).

Les rapports de l'âme et de l'organisme ont de tous temps préoccupé les philosophes. Les livres sacrés du brahminisme (3) enseignaient déjà que la naissance est l'union de l'âme avec ses instruments qui sont : 1° l'intelligence (boudhi) la conscience (ahankara) et le sens interne (manas) ; 2° les cinq organes de sensation et les cinq organes d'action ; 3° les fonctions et les facultés vitales. La mort est l'abandon de ces instruments par l'âme.

Stahl, médecin et chimiste célèbre, à qui ses collègues de la Société des Curieux de la Nature de Berlin ont donné le surnom pompeux d'Olympiodore, a publié en 1707 un livre intitulé : « *Teoria medica vera* » dans lequel il s'attache à démontrer que tous les phénomènes de la vie dépendent uniquement de l'âme qui est une force autocratique tandis que le corps n'est qu'une chose entièrement inerte et passive. L'âme est la cause

(1) *Heinroth* (1773-1843). Étude des troubles de l'âme. Leipzig 1818.

(2) *Sthal* (1660-1734) Theoria Medica vera. Berlin, 1707. Traduction de Blondin. Paris. 1858.

(3) V. Le Rig-veda ou livre des hymnes. Traduction en français par Langlois, 1848-1851.

de l'activité vitale, elle veille à la conservation et à la réparation de l'organisme, elle préside aux actes de nutrition, de sécrétion, de génération, de sensation. C'est l'âme qui par sa lutte contre les causes morbifiques produit les congestions, les spasmes, les fièvres et les hémorrhagies. Si une fonction quelconque est troublée, c'est qu'elle a désobéi à la mission que Dieu lui a assignée. Il en résulte que toute tendance contraire aux lois morales est la source de tous les troubles aussi bien physiques que psychiques.

C'est cette idée qu'Heinroth adopta et appliqua à l'étude de la pathologie mentale. Il ne reconnaît pas à la doctrine sensualiste le droit d'expliquer dans son ensemble le développement intellectuel de l'homme. Ce n'est que pendant la première enfance que l'homme est « tout sens » ; vient ensuite une seconde phase où l'individu prend conscience de sa personnalité, de son « moi » qu'il cherche à défendre par tous les moyens en son pouvoir. Mais bientôt un nouvel élément se réveille dans son âme, celui-là en plein antagonisme avec son « moi » ; c'est la conscience, *das gewissen,* qui nous vient de Dieu. La conscience, dit Heinroth, est en nous comme une étrangère à la recherche de quelque chose qui devrait être en nous, mais n'y est pas. Tant qu'on obéit à sa conscience, l'harmonie règne entre le « moi » et le monde extérieur, parce qu'il y a conformité avec sa mission, qui est le bien, la moralité. Pour y arriver, il faut être libre des sens, libre du monde et de

notre individualité elle-même. La seule loi normale de l'activité de l'homme c'est la moralité ; c'est cette dernière seule qui règle notre santé physique ou morale. Celui qui à l'origine avait toute sa force morale et qui s'abandonne à l'impulsion des sens, est agité par des désirs sans cesse renaissants qui, petit à petit, amoindrissent et font disparaître sa conscience. De là — par gradations successives — les passions, les péchés, les vices. Celui au contraire, dont la conscience était déjà amoindrie originellement s'achemine sous l'influence de l'excitation de ses sens, vers la folie. En résumé, pour Heinroth, la folie est la privation durable de la liberté morale altérant, dans la sphère de l'influence maladive, le sentiment, l'esprit et la volonté. La cause première de la folie est donc l'absence dans l'âme de la moralité directrice, c'est-à-dire l'éloignement de la loi divine. Aussi dans le traitement des maladies mentales s'agit-il d'employer avant tout les moyens religieux : la prière, les bonnes œuvres et l'abandon complet de son être entre les mains de Dieu. Quant à la prophylaxie de la folie, elle consiste toute dans la piété chrétienne.

Tout se résume d'ailleurs, d'après Heinroth, dans la personnalité du médecin qui doit avoir la foi et la volonté de guérir le malade. Le médecin est le seul véritable agent thérapeutique. « La volonté domine et gouverne par sa seule présence et une âme saine est aussi bien capable de se guérir au contact d'une âme pervertie, qu'un

esprit dépravé est capable d'en gâter un autre. (1) » C'est une paraphrase de l'Imitation de Jésus-Christ où il est dit : « Commencez par bien établir la paix dans vous-même, vous pourrez ensuite la procurer aux autres..... »

Parti de ce principe animiste et théologique, Heinroth divise les folies en trois espèces : folies par lésion de la raison, folies par lésion du sentiment, folies par lésion de la volonté. Il suffit qu'un des trois ressorts de l'âme — raison, sentiment, volonté — subisse les atteintes violentes du péché, pour que la folie se déclare. Et pendant que ces graves problèmes préoccupaient l'aliéniste allemand, il laissait dans l'ombre les faits cliniques. Comparez cette façon de voir et de faire avec celle d'Esquirol qui enseignait que l'aliéniste doit appliquer à l'étude clinique des maladies mentales les procédés de l'observation médicale ordinaire, et la conclusion qui s'en dégage est bien claire : en France dominait au début du siècle le principe clinique, tandis que en Allemagne c'est le principe animiste et religieux qui guidait les aliénistes. Dans aucune branche médicale peut-être on ne voit mieux apparaître la différence entre les tendances d'esprit des deux races : le Français aimant les choses précises et claires, l'Allemand cherchant des explications vagues générales, mais qui ne manquent point d'élévation, il faut l'avouer.

La méthode d'observation clinique inaugurée par Pinel et Esquirol a eu le plus grand succès et a attiré

(1) *Heinroth*. Loc. cit , p. 23 et suiv.

vers la pathologie mentale un nombre considérable de chercheurs. Georget (1) isole en 1820 une variété nouvelle qu'il appelle stupidité. La paralysie générale entrevue par Esquirol et par ses élèves Georget, Delaye (2), Calmeil (3), est décrite magistralement en 1822 par Bayle (4).

Parchappe essaie l'étude anatomo-pathologique des maladies mentales. Morel (6) fait une tentative de groupement des psychoses d'après les causes : hérédité, intoxication, transformation de certaines névroses, action sympathique des viscères. F. Voisin, Dubois (d'Amiens), Moreau (de Tours), Foville, Falret, Baillarger, Lasègue toujours grâce à la méthode clinique de Pinel et Esquirol découvrent de nouvelles variétés. Les faits s'accumulent et l'on commence à éprouver le besoin légitime de les classer.

Nombreuses sont les classifications françaises parmi lesquelles on doit citer celles d'Esquirol, de Parchappe, Morel, Baillarger, Ball et de MM. Luys, Magnan, Marandon de Montyel, Régis. On les trouvera exposées dans tous les traités classiques.

(1) *Georget*. DE LA FOLIE. Paris, 1820, et article FOLIE in Dictionn. en 30 vol.

(2) *Delaye*. Sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés. Th. de Paris 1824.

(3) *Calmeil*. De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris, 1826.

(4) *Bayle*. Sur l'arachnitis. Th. de Paris, 1822. Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Paris, 1826.

(5) *Parchappe*. Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale. Paris, 1838.

(6) *Morel*. Traité des maladies mentales. Paris, 1860.

En Allemagne, l'école animiste d'Heinroth a recruté des élèves nombreux parmi lesquels les plus connus sont Beneke et Ideler. Mais comme il fallait s'y attendre, les résultats scientifiques obtenus en France, grâce à la méthode clinique n'ont pas tardé à provoquer des admirateurs en Allemagne. En 1810, Langermann (1) organise l'assistance des aliénés dans les hôpitaux et les asiles allemands. Les malades sont mieux étudiés, mieux observés. Dès lors, une forte opposition s'est organisée contre la doctrine animiste et de cette résistance est née l'école somatique ayant pour chef Nasse. L'âme s'est trouvée reléguée au second plan, la matière organique expliquant suffisamment par ses altérations les différents troubles fonctionnels. On comprend que l'anatomie pathologique était appelée à profiter de cette nouvelle direction. Beaucoup d'aliénistes allemands y ont adhéré parmi lesquels Friedreich, Vering, Amelung. Mais le plus actif des élèves de Nasse est Jacobi (2) ; se rappelant les anciennes théories arabistes et les études de Théophile Bonnet il a réintégré dans la psychiâtrie les folies sympathiques. Flemming, Iessen, Zeller et plus tard Wernike, Munk, Hitzig, Wundt, Griesinger, Westphal, Meynert, Schüle, Krafft-Ebing, Kräpelin ont brillamment développé les idées de l'école somatique.

(1) *Langermann* in *Krafft-Ebing*. Lehrbuch der Psychiatrie 1890, p. 52.

(2) *Jacobi* in *Morel*. Études historiques et physiologiques sur l'aliénation. Annales méd. psych. Janvier 1848.

DEUXIÈME CONFÉRENCE

Comparaison des classifications des maladies mentales contemporaines en France et en Allemagne.

SOMMAIRE : Classifications de MM. Magnan, Krafft-Ebing et Schüle. — Conservation dans l'école française des traditions de Pinel et d'Esquirol. — Le groupement français se base sur trois principes : évolution clinique, étiologie et anatomie pathologique. — Indications sommaires sur le délire chronique, les folies intermittentes et la folie des dégénérés, d'après M. Magnan. — Les variétés morbides qui figurent dans les classifications allemandes et qu'on ne trouve pas dans le groupement français. — Les classifications allemandes sont fondées sur un principe unique : développement cérébral, physique et psychique. — Valeur de ce principe. — Ses ressemblances avec la doctrine héréditaire de Morel. — Examen détaillé de la classification de Krafft-Ebing. — Ses divergences avec Schüle.

Messieurs,

Pour nous faire une idée générale de l'état actuel de la nosologie mentale, le mieux est de comparer une des classifications des maladies mentales qui semble rallier en France un grand nombre de suffrages, celle de

M. Magnan avec les classifications les plus populaires en Allemagne celles de MM. Krafft-Ebing ou Schüle.

Voici d'abord la classification de M. Magnan (1) 1882 :

I. — *Etats mixtes tenant de la pathologie et de la psychiâtrie.*

Paralysie générale.
Démence sénile (athérome cérébral).
Lésions cérébrales circonscrites (aphasies p. c.) { Ramollissement. Hémorrhagie. Tumeurs, etc.
Hystérie.
Epilepsie.
Alcoolisme et intoxications { Absinthe. Morphine et opium. Cocaïne. Seigle ergoté. Plomb, etc.

II. — *Folies proprement dites. — Psychoses.*

Manie. Mélancolie.	Eléments simples.
Délire chronique.	Incubation. Persécution. Ambition. Démence.
Folies intermittentes.	Simple. Circulaire. Double forme. Alterne.

Folies des dégénérés avec les syndrômes épisodiques et les délires d'emblée.

Idiots, imbéciles, débiles déséquilibrés.

(1) *Magnan.* Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1893, p. 203-204.

Comme on le voit, M. Magnan, fidèle aux traditions de l'école aliéniste française, se guide dans sa classification par les trois principes suivants : évolution clinique, étiologie, anatomie pathologique, c'est-à-dire qu'il s'appuie autant que possible sur des faits. Il divise la pathologie mentale en deux grands groupes : celui des états tenant de la pathologie nerveuse et de l'aliénation mentale qu'il appelle états mixtes et celui des états qui constituent les folies proprement dites ; au premier appartiennent les psychoses liées aux lésions organiques du cerveau (méningo-encéphalite diffuse, lésions circonscrites, etc.), les psychoses liées à l'épilepsie et à l'hystérie, les psychoses liées aux intoxications ; au second groupe figurent la manie, la mélancolie, le délire chronique à évolution systématique, les folies intermittentes, la folie des dégénérés. Nous allons analyser rapidement les trois dernières entités nosologiques citées : le délire chronique, les folies intermittentes, la folie des dégénérés que cet auteur a étudiées plus particulièrement.

Le délire chronique (1) est une maladie suivant une marche régulière, méthodique, offrant dans son évolution quatre étapes successives bien tranchées : l'inquiétude, la persécution, la mégalomanie et la démence. La couleur du délire de la deuxième et de la troisième étape peut varier, la transition d'une étape à une autre peut être lente ou brusque, mais ce qui d'après M. Magnan,

(1) *Magnan*. Loc., cit. p. 237 et suiv.

serait caractéristique, c'est d'une part le passage par ces quatre étapes et d'autre part l'absence d'hérédité. Pour les folies intermittentes (1) avec leurs quatre variétés : simple, circulaire, à double forme et alterne, M. Magnan a encore suivi les mêmes principes : étiologie et évolution clinique. Guidé par le premier, il soutient que l'hérédité joue dans les folies intermittentes un rôle bien moins grand que dans la dégénérescence mentale, mais qu'en revanche les causes occasionnelles les provoquent souvent. Examinant l'évolution clinique, il démontre que le phénomène caractéristique des folies intermittentes est la répétition des accès, quelle que soit leur forme (manie ou mélancolie), et le retour intégral des facultés intellectuelles dans l'intervalle des accès. Enfin, pour la folie des dégénérés (2), M. Magnan est allé plus loin encore que Morel dans l'observation des faits ; ce dernier avait été frappé surtout par la constatation de l'influence de l'hérédité, et il s'était contenté de cette donnée étiologique. M. Magnan a en outre tenu compte des données cliniques, telles que la déséquilibration des facultés mentales, les obsessions, les impulsions, les phénomènes d'arrêt, les délires d'emblée. Aussi voyons-nous figurer dans son grand groupe des dégénérés depuis des individus simplement bizarres, les émotifs jusqu'aux idiots proprement dits.

En somme dans l'ensemble de sa classification, M. Ma-

(1) *Magnan*. Loc. cit., p. 201 et suiv.
(2) *Id.* Loc. cit., p. 160 et suiv.

gnan reste toujours en présence des faits, évitant autant que possible toute conception purement théorique. D'ailleurs nous retrouvons ce caractère éminemment pratique, dans l'enseignement de tous les maîtres français en aliénation mentale.

Voyons maintenant les classifications contemporaines allemandes :

CLASSIFICATION DE Mr KRAFFT-EBING (1)

A. PSYCHOSES DU CERVEAU COMPLÈTEMENT DÉVELOPPÉ

I. Psychoses fonctionnelles.

AA) Psycho-névroses.

α) Primitives :
1. Mélancolie.
   a) simple.
   b) avec stupeur.
2. Manie.
   a) excitation maniaque.
   b) manie furieuse.
3. Démence primaire curable ou stupidité.
4. Wahnsinn ou psycho-névrose hallucinatoire.

β) Secondaires :
1. Paranoïa secundaria ou secundäre Verrücktheit.
2. Démence secondaire.
   a) forme agitée.
   b) forme apathique.

(1) *Krafft-Ebing*. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. 4e édition 1890. p. 400.

BB) Psychoses dégénératives ou dégénérescences psychiques.

1. Folie raisonnante.
2. Paranoïa primaire.

a) originaire	Typique. Querulente.
b) acquise	Religieuse. Erotique.

3. Folie périodique ou intermittente.
4. Folie par transformation des névroses.
   a) Folie neurasthénique.
   b) » épileptique.
   c) » hystérique.
   d) » hypochondriaque

II. Intoxications.

1. Alcoolisme chronique.
2. Morphinisme.

III. Psychoses organiques.

1. Délire aigu.
2. Paralysie générale.
3. Syphilis cérébrale.
4. Démence sénile.

B. PSYCHOSES DU CERVEAU INCOMPLÈTEMENT DÉVELOPPÉ

Idiotie.
   a) imbécillité congénitale.
   b) folie morale congénitale.

CLASSIFICATION DE M. SCHÜLE (1)

I. PSYCHOSES CHEZ L'INDIVIDU A DÉVELOPPEMENT ORGANO-PSYCHIQUE COMPLET

A. Psycho-névroses.

1. Psychoses du cerveau valide.
   a) mélancolie.
   b) manie (certaines formes seulement).
   c) états secondaires des précédentes.
2. Psychoses du cerveau invalide.
   a) Manies graves.
   b) Paranoïa aiguë, chronique et avec stupeur.
   c) démence primitive aiguë.
      Appendice : stupeur hallucinatoire.
   d) folies hystérique, épileptique, hypochondriaque.
   e) psychoses périodiques, circulaires et alternantes.
   f) troubles psychiques consécutifs à des maladies somatiques non cérébrales (fièvres, puerpéralité, etc.), et à des intoxications.

B. Etats pernicieux d'épuisement cérébral.

1. Délire aigu.
2. Paralysie générale progressive.

C. Cérébropathies psychiques.

Paralysies progressives modifiées.

(1) *Schüle*. Traité clinique des maladies mentales. 1888. p. 15.

II. PSYCHOSES CHEZ L'INDIVIDU A DÉVELOPPEMENT ORGANO-PSYCHIQUE INCOMPLET

A. Névrose héréditaire.

Appendice : Psychoses transitoires.

B. Folie héréditaire simple, par par obsession (maladie du doute et du toucher).

Appendice : Paranoïa processive.

C. Paranoïa originelle.

D. Folie héréditaire des dégénérés. — Moral insanity.

E. Idiotie.

Pour bien comprendre ces classifications un peu complexes il faut les examiner en tâchant de répondre aux deux questions suivantes :

1° Y a-t-il, dans ces classifications, des variétés morbides qui ne figurent pas dans le groupement français que nous avons pris pour terme de comparaison ?

2° Les différentes variétés morbides qui figurent dans les classifications françaises et allemandes sont-elles groupées de la même manière ?

La réponse à la première question est facile. A côté des variétés couramment décrites chez nous telles que la mélancolie (simple ou avec stupeur), la manie, la folie raisonnante, les psychoses liées aux névroses, les folies intermittentes, les délires par intoxication, le délire aigu, la paralysie générale, la syphilis cérébrale, la démence sénile, la folie morale, les obsessions,

l'idiotie et le crétinisme, les classifications de MM. Krafft-Ebing ou Schüle contiennent des variétés qui ne figurent guère dans la classification française choisie pour exemple ; telles sont : la démence primitive curable ou amentia stuporosa (de Meynert), Wahnsinn ou amentia déliriosa, paranoïa primaire ou primäre Verrücktheit, paranoïa secondaire ou secundäre Verrücktheit, Blödsinn (démence secondaire) à forme agitée, Blödsinn à forme apathique.

Il y a donc ainsi déjà une première différence au moins apparente entre les classifications françaises et allemandes.

D'un autre côté, pour répondre à la seconde question, il suffit de jeter un coup d'œil sur la classification de M. Krafft-Ebing ou sur celle de M. Schüle pour s'apercevoir immédiatement que les différentes variétés morbides sont divisées tout autrement que dans la classification de M. Magnan. Tandis que cette dernière n'est qu'un simple groupement fondé sur trois principes : évolution clinique, étiologie et anatomie pathologique, les classifications allemandes ont la prétention d'être établies d'après un principe unique : principe du développement cérébral ou point de vue organique et psychique. N'est-ce pas un peu, en termes plus simples, la doctrine héréditaire de Morel que les aliénistes allemands nous resservent-là sous un nom savant quoique très obscur ? D'après ce principe toutes les maladies mentales se divisent en deux grandes classes ; les unes apparaissent

chez des individus dont le cerveau n'a subi aucun arrêt de développement organique et psychique, et cela aussi bien dans leur existence intra qu'extra-utérine ; les troubles mentaux se manifestant dans des conditions opposées (avec un arrêt de développement organique et psychique du cerveau) appartiennent à la seconde classe.

A première vue cette division semble pouvoir se traduire plus simplement de la façon suivante :

Troubles mentaux sans dégénérescence (psychique ou physique) et troubles mentaux avec dégénérescence.

Mais, tandis que les cliniciens français qui professent la doctrine de la dégénérescence mentale, l'admettent en se fondant sur des faits étiologiques (hérédité, affections aiguës de l'enfance) et cliniques (obsessions, impulsions, phénomènes d'arrêt) les aliénistes allemands veulent tout bâtir sur l'embryologie psychique et physique du cerveau, c'est-à-dire sur un terrain où notre ignorance, il faut bien l'avouer, est encore malheureusement très grande.

D'ailleurs le terme « dégénérescence psychique » est employé aussi par les auteurs allemands, mais dans un sens un peu différent de celui qu'il a chez nous, comme nous le verrons dans un instant.

Après la grande division que nous venons d'indiquer, on s'attend naturellement à voir ranger dans la seconde classe (celle des psychoses du cerveau à développement organo-psychique incomplet) tous les dégénérés, tous les

tarés. Il n'en est rien cependant, et M. Krafft-Ebing ne met dans la seconde catégorie que les idiots et les fous moraux ; il est vrai que M. Schüle se montre un peu plus généreux pour cette seconde classe, où il met en plus les délirants systématiques originels, les obsédés, les fous atteints de délires transitoires.

Quant à la première classe, celle des psychoses qui atteignent un cerveau à développement organique et psychique complet, M. Krafft-Ebing la subdivise en deux groupes selon la présence ou l'absence des lésions anatomiques, en psychoses organiques et psychoses fonctionnelles.

Les psychoses organiques sont les mêmes dans toutes les classifications, comme chaque fois qu'il s'agit d'entités morbides établies d'après les données anatomo-pathologiques ; ce sont : le délire aigu, la paralysie générale, la syphilis cérébrale, la démence sénile. A titre transitoire, entre les psychoses organiques et les psychoses fonctionnelles, se placent les intoxications.

Jusqu'à présent tout est clair dans ce premier groupe. Mais où la classification devient compliquée c'est lorsqu'il s'agit des psychoses dites fonctionnelles.

Les psychoses fonctionnelles, disent les auteurs allemands, sont des affections mentales qui atteignent uniquement des cerveaux complètement, intégralement développés aussi bien au point de vue organique qu'au point de vue psychique. Après une définition aussi catégorique, on est un peu surpris de voir subdiviser ensuite

ces vésanies selon qu'elles frappent un cerveau résistant ou un cerveau faible, ou, pour employer les expressions consacrées, un cerveau *valide* ou un cerveau *invalide.* D'ailleurs voici comment les auteurs allemands expliquent cette division : un cerveau peut s'être développé complètement de deux manières : régulièrement ou irrégulièrement ; dans le premier cas, il n'aura subi l'influence d'aucun antécédent héréditaire grave et sera ce qu'ils appellent valide ; dans le second cas, il serait invalide parce que son fonctionnement, sous l'influence d'antécédents héréditaires graves, sera défectueux.

C'est dans cette façon un peu subtile de compliquer la doctrine héréditaire de Morel qu'est la clef des classifications des auteurs allemands. Il est permis seulement de faire remarquer combien toutes ces divisions et subdivisions sentent la dialectique philosophique et combien la clinique semble avoir été peu consultée à ce propos.

Donc, les psychoses fonctionnelles se divisent en deux groupes :

Psychoses qui frappent un cerveau complètement développé et valide — et psychoses qui frappent un cerveau complètement développé mais invalide.

Les premières constituent les *psycho-névroses,* les secondes : les *dégénérescences psychiques.*

Voyons maintenant ce qui distingue les psychonévroses des dégénérescences psychiques, d'après les

théories allemandes (1). Il existe d'abord une différence fondamentale : tandis que les premières sont des maladies mentales qui surviennent d'une façon accidentelle chez des individus jusque-là absolument normaux, les autres sont des maladies mentales constitutionnelles frappant leurs victimes dès leur naissance ou dès les premières années de leur existence. En outre, une différence existe dans les conditions étiologiques : les psycho-névroses ont besoin pour se produire de facteurs essentiellement graves, tels que par exemple une affection somatique suraiguë ; les dégénérescences psychiques se contentent pour se manifester de causes insignifiantes, parfois de simples incidents physiologiques, comme la puberté, la ménopause, et cela parce que les individus atteints sont déjà sous le coup d'une prédisposition héréditaire ou acquise. L'évolution clinique n'est pas non plus la même dans les deux cas. Les psycho-névroses évoluent d'une manière typique toujours la même, on pourrait dire réglée d'avance : d'abord une période prodromique ou d'incubation qui pour la manie, par exemple, serait toujours une phase de dépression mélancolique ; ensuite une période d'état qui a toujours une forme de délire unique et bien déterminée, d'une durée fixe et d'une terminaison très nette : guérison absolue, ou passage à un psycho-névrose secondaire. Les dégénérescences psychiques sont remarquables, au contraire, par l'irrégularité de leur évolu-

(1) *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 393 et suiv.

tion clinique; très souvent il est difficile de dire quand elles commencent et quand elles finissent. Elles comportent, en outre, un délire polymorphe avec une succession désordonnée des formes délirantes les plus variées, une espèce de mélange d'où il est impossible de dégager un tableau clinique coordonné; aussi, les dégénérescences psychiques par leur caractère changeant et mobile, par les symptômes qu'elles empruntent trop souvent tantôt aux psychoses fonctionnelles, tantôt aux psychoses du cerveau à développement organo-psychique défectueux, ont-elles le pouvoir de désoler M. Krafft-Ebing parce qu'elles troublent complètement l'harmonie de sa classification, ainsi que celle de M. Schüle. Leur marche est chronique, avec des temps d'arrêt plus ou moins longs; elles aboutissent à la démence.

Remarquons encore dans l'évolution clinique de ces deux affections une autre différence. Les psycho-névroses n'ont aucune tendance à l'intermittence des accès. Les folies intermittentes sont, au contraire, une des principales formes des dégénérescences psychiques (1).

Enfin, ces deux genres de maladies mentales diffèrent encore au point de vue de la transmission héréditaire : les psycho-névroses chez les ascendants sont rarement une occasion d'apparition de troubles mentaux chez les descendants, et, quand cela arrive, l'affection transmise est généralement une affection de même nature. Au

(1) *Krafft-Ebing.* Loc. cit., p. 580 et suiv. et *Schülle.* Loc. cit., p. 17.

contraire, les dégénérescences psychiques sont très souvent la cause d'apparition de psychoses chez les descendants et même de psychoses beaucoup plus graves que les premières.

Ces deux groupes : psycho-névroses et dégénérescences psychiques comprennent chacun un certain nombre de variétés cliniques. Quelles sont-elles ?

Les psycho-névroses, selon qu'elles sont protopathiques ou deutéropathiques se divisent en primitives et secondaires. Les primitives ou primaires comptent quatre variétés :

1. *Mélancolie*, état morbide caractérisé par un ralentissement et quelquefois par un arrêt complet des fonctions psychiques, état cénesthétique triste, avec prédominance de la dépression. Cette dernière s'accompagne presque toujours des troubles de la personnalité ; quelquefois peuvent s'y ajouter, mais à un titre tout à fait secondaire, les hallucinations et les illusions. On distingue la mélancolie simple et la mélancolie avec stupeur, selon le degré d'arrêt des actes psychomoteurs et selon l'importance qu'ont pris chez le malade les troubles de la personnalité.

1. *Manie*, caractérisée par une accélération et quelquefois, mais plus rarement, par un relâchement complet de toutes les fonctions psychiques. L'exubérance domine en général, c'est pourquoi on l'appelle encore état cénesthétique gai. De même que dans la variété précédente, le « moi » du malade est presque

toujours modifié à un degré plus ou moins grand. La présence des hallucinations et des illusions n'est pas constante. On décrit comme chez nous deux sous-variétés à la manie : excitation maniaque et manie aiguë (*mania furibunda* ou *Tobsucht* des allemands), selon le degré d'excitation des centres psycho-moteurs, selon les modifications plus ou moins profondes de la personnalité.

3. *Démence primaire curable*, état d'affaiblissement intellectuel passager ou de démence transitoire, avec ralentissement et même arrêt momentané des fonctions psychiques et d'indifférence générale ressemblant à la stupeur. Cette variété s'accompagne habituellement de profondes modifications de la personnalité; on l'appelle encore *démence primitive aiguë, stupidité* ou *amentia stuporosa* (de Meynert).

4. *Wahnsinn.* Ici la première place appartient aux hallucinations et aux illusions. La personnalité du malade est toujours troublée et de cet ensemble symptomatique résulte un état de confusion mentale. A un titre secondaire et sous l'influence des hallucinations, on peut observer de l'excitation ou de la dépression. Les termes : *délire sensoriel* ou *hallucinatoire*, la *psycho-névrose hallucinatoire, amentia deliriosa* (de Meynert) sont autant de synonymes de Wahnsinn.

Quand les quatre formes primaires qui viennent d'être indiquées ne guérissent pas, elles donnent lieu aux psycho-névroses secondaires. Celles-ci, se caracté-

risent par un affaiblissement des facultés intellectuelles et des sentiments moraux; la personnalité du malade est désagrégée et il n'y a plus aucune unité entre ses idées, ses sensations et ses désirs.

Tels sont les caractères des psycho-névroses secondaires dans leur ensemble. Mais deux cas peuvent se présenter : ou l'affaiblissement intellectuel n'est pas trop accentué et il reste encore quelques idées délirantes bien coordonnées, nous avons alors affaire à la *Paranoia secondaire* ou *Verrücktheit secondaire;* ou bien, l'affaiblissement intellectuel est tellement accentué que les idées délirantes ne peuvent plus se coordonner et il s'agit de la *Blödsinn* ou *démence secondaire*, laquelle peut se présenter à son tour sous deux aspects : *Blödsinn secondaire à forme agitée*, quand le mécanisme psychique, tout en étant à peu près détruit, permet encore la formation de quelques idées incohérentes, et la *Blödsinn secondaire à forme apathique, stupide*, quand le mécanisme s'est complètement arrêté dans son travail.

Les variétés qui entrent dans le groupe des psychoses dégénératives sont aussi au nombre de quatre principales :

1. *Folie raisonnante*, état de dégénérescence psychique avec prédominance d'un trouble constitutionnel de la spère émotive ;

2. *Paranoia primaire*, psychose dégénérative avec trouble constitutionnel et primitif de la sphère intel-

lectuelle; dans cet état, on observe avant toute autre chose l'apparition d'idées délirantes qui se systématisent très rapidement; en même temps, la personnalité du malade se modifie tellement qu'il en résulte la formation d'un nouveau « moi ». Cette variété porte encore le nom de *primäre Verrücktheit, folie primaire;*

3. *Folies névrosiques*, dégénérescences psychiques liées aux névroses constitutionnelles telles que l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, l'hypochondrie, etc.;

4. *Folie intermittente*, psychose dégénérative caractérisée par le retour périodique des accidents qui se ressemblent au point de vue de leur évolution et de leur forme.

Telles sont les affections mentales qui atteignent les cerveaux complètement développés. Nous avons déjà indiqué au commencement de cette revue les variétés morbides qui d'après l'école de M. Krafft-Ebing frappent les cerveaux ayant subi un arrêt de développement.

La classification de M. Schüle comprise dans le même esprit général, est un peu différente dans ses détails.

Tandis que le terme « psycho-névrose » s'applique dans l'esprit de M. Krafft-Ebing exclusivement aux affections mentales qui atteignent des cerveaux complètement développés et valides, M. Schüle emploie le même terme indifféremment pour les psychoses des cerveaux valides ou invalides. Pour le premier de ces auteurs, la manie aiguë est une psychose du cerveau valide; pour M. Schüle elle ne s'observerait que chez des aliénés

à cerveau invalide. Même différence pour la démence primitive aiguë.

Enfin, la plus grande divergence existe entre ces deux auteurs en ce qui concerne la classe des psychoses chez l'individu à développement cérébral défectueux. Les folies névrosiques, les psychoses transitoires, les obsessions, la paranoia originelle et processive font partie de cette classe d'après M. Schüle. Au contraire, M. Krafft-Ebing rattache ces différentes variétés morbides à la classe des affections mentales du cerveau complètement développé.

Ce qui précède suffit, pensons-nous, pour établir que comparées à une classification française choisie pour exemple, les deux classifications allemandes les plus connues semblent singulièrement complexes, et que cela tient à la différence des principes qui guident dans leurs études les aliénistes des deux pays. En effet, la première est un simple groupement construit d'après les données cliniques et étiologiques, les deux autres sont basées sur une hypothèse psycho-physiologique. Or, dans l'état actuel de nos connaissances en matière de vésanies, il est encore aussi prématuré de créer une classification des maladies mentales d'après un principe psycho-physiologique, que de le faire d'après un principe anatomo-pathologique.

La question de classement étant ainsi réglée il nous faut maintenant revenir sur cette série de variétés qui figurent dans les classifications allemandes et qu'on ne

retrouve guère, en apparence du moins, dans le groupement de M. Magnan. Ce sont, comme nous l'avons vu : la démence primitive curable ou amentia stuporosa (Meynert), Wahnsinn ou amentia deliriosa, paranoia primaire ou primäre Verrücktheit, paranoia secondaire ou secundäre Verrücktheit, Blödsinn à forme agitée, Blödsinn à forme apathique et quelques autres qui seront indiquées ultérieurement.

Nous allons reprendre ces variétés une à une en les étudiant au moyen d'observations cliniques appartenant aux auteurs allemands. Nous mettrons ces observations face à face avec des cas analogues observés dans les cliniques françaises. En dépouillant ainsi les faits de toutes les interprétations théoriques, en n'admettant que ce que les observations cliniques nous prouveront directement nous pourrons non seulement apprendre à connaître ces variétés telles qu'elles sont enseignées en Allemagne, mais trouver leurs équivalents dans la pathologie mentale française contemporaine.

C'est par la « démence primaire curable » que nous allons commencer cette étude comparée.

TROISIÈME CONFÉRENCE

DÉMENCE PRIMAIRE CURABLE (M. Krafft-Ebing).

Démence primitive aiguë (Esquirol, Schüle).
Stupidité (Georget). Amentia stuporosa (Meynert).
Dysnoïa stuporosa (M. Korsakoff).

SOMMAIRE : Étude des observations allemandes relatives à cette psycho-névrose.

Premier exemple clinique. (M. Krafft-Ebing). — Démence primaire curable chez un jeune forgeron de 20 ans; grande dépression voisine de la stupeur. Guérison.

Description nosologique de la ***démence primaire curable*** ou ***amentia stuporosa*** d'après cette observation donnée comme typique; étiologie, symptomatologie, évolution.

Étude de cette observation au point de vue de la pathologie mentale française.

Deuxième exemple clinique (personnel). — Dépression mélancolique avec mutisme, apparence de stupeur, refus d'aliments. Fièvre légère au début. Submatité au sommet droit. — Inégalité pupillaire sans troubles des réflexes. — Pas d'embarras de la parole. — Guérison.

Titre français à donner à l'observation de Krafft-Ebing. Premier équivalent de la démence primaire curable : *dégénérescence mentale avec dépression mélancolique.*

Comparaison avec une autre observation allemande.

Troisième exemple clinique. (M. Krafft-Ebing). — Démence primaire curable chez un homme de 25 ans. Impressionnabilité habituelle; asymétrie crânienne. Accès de dépression avec confusion mentale. Durée : trois semaines. — Guérison. — Sœur épileptique.

MESSIEURS,

La comparaison directe des classifications allemandes avec la classification française que nous avons choisie comme type, peut se faire assez facilement par l'analyse nosographique de quelques observations bien prises.

Vous voudrez bien admettre que nous sommes absolument d'accord avec les auteurs allemands sur tout ce qui concerne les faits énoncés dans leurs observations. Nous ne discuterons que les interprétations qu'ils en ont données et nous aborderons cette étude comparée par la troisième psycho-névrose primitive de la classification de M. Krafft-Ebing dite : *démence primaire curable.* Voici une observation donnée comme typique de cette forme morbide.

OBSERVATION I (M. Krafft-Ebing). — *Démence*

primaire curable chez un homme de 20 ans; grande dépression voisine de la stupeur. — Guérison.

F... a 20 ans, est forgeron et très bon ouvrier, intelligent, sérieux, assidu à son travail jusqu'au début de la maladie qui causa le 25 février 1881, son entrée à la Clinique des maladies mentales de Vienne.

Le malade, issu d'une famille très saine, n'avait alors subi aucune affection grave. Jusqu'au mois de décembre 1880, il montra ses qualités de courage, d'assiduité et de bonne humeur. Mais à partir de ce moment il devient bizarre. Ainsi, la nuit, il s'enfermait à double tour et le matin on avait grand'peine à le faire sortir du lit; toute la journée on le voyait bâillant, somnolent et répondant à peine aux questions posées.

Son ouvrage ne l'intéressait plus, il le faisait mollement ou même l'abandonnait tout à fait, pour regarder devant lui, machinalement et comme en état de rêve.

Bientôt, il perdit l'appétit et cessa complètement de parler. On le trouvait étendu sur son lit, oubliant l'heure des repas ou du travail, il fallait des appels très pressants et très forts pour qu'il donnât quelque signe d'attention. Sa passivité devenait chaque jour plus grande. A grand'peine, on arrivait à lui arracher une réponse de temps à autre et cette réponse était celle-ci : « Je sens que ma tête est dérangée et vide. »

Lors de l'entrée de F... à la Clinique, il est dans un état très marqué de dépression. On le couche dans un lit, et il n'y met aucun obstacle; tout ce qui l'entoure, — et qui est nouveau pour lui — n'éveille aucunement son attention; il se laisse même nourrir sans manifester la moindre résistance, ne prononce pas une parole, semble indifférent à tout; enfin, il vit d'une vie purement végétative. Ce n'est que plusieurs jours après son

entrée, qu'on obtient du malade, à force d'instances, quelques renseignements sur sa personnalité.

Ces renseignements donnés d'une voix éteinte sont d'ailleurs fort incomplets et ne font connaître ni l'adresse du malade, ni aucune des sensations qu'il éprouve.

Examen physique. — F... est alors un adolescent maigre et long (1^m80), d'une constitution délicate et anémiée avec une expression de langueur dans le regard. Son crâne, bien conformé, a 0,55 de circonférence. Mais ses traits effilés, minces, ont quelque chose de féminin ; ses pupilles égales, moyennes, réagissent faiblement à la lumière. Les fonctions végétatives s'opèrent régulièrement ; les organes génitaux sont bien développés ; le bassin large semble presque celui d'une femme ; les extrémités sont froides et bleuâtres ; la peau est sèche, couverte de squames ; la sensibilité des téguments externes est très diminuée, et ce n'est que sous l'influence de l'excitation causée par le pinceau faradique que le malade fronce le sourcil. Les muscles sont faibles, le tonus musculaire diminué, la respiration superficielle. L'examen des urines révèle la présence d'une grande quantité de phosphates. Le pouls monocrote et mou est à 80 dans l'état de repos du malade, mais si on le soulève de son lit, les pulsations s'accélèrent jusqu'à 100 et au-delà. La température rectale est de 36° à 36°4, le poids de 57 kil. 5. Traitement appliqué : séjour continu au lit, alimentation renforcée, vin et fer.

Le malade resta dans l'état de stupeur et d'immobilité, jusqu'à la fin du mois de mars, mais à partir de ce moment, on vit s'animer l'expression de son visage ; un sourire passait parfois sur ses lèvres ; peu à peu il parvint à exécuter les mouvements qu'on lui disait de faire, puis répondit à quelques questions, se déclarant « beaucoup mieux ». Les progrès étaient peu de chose

encore ; ainsi les mouvements étaient lents et souvent inachevés, jamais spontanés, visiblement ils étaient un travail pour le malade. Pendant longtemps, il ne fit, sans y être poussé, que deux actes seulement : manger, aller à la selle.

Enfin, la nutrition générale et la circulation sanguine s'améliorant progressivement, on put espérer le retour à l'état normal qui fut atteint au commencement de mai. A cette époque, la voix est redevenue pleine et forte; l'esprit clair, l'expression des idées facile. Pourtant, si le malade reste sur pieds trop longtemps, ou s'il se fatigue d'une façon quelconque, il redevient distrait, indifférent et mou. Mais ce ne sont là que des accidents passagers, qui deviennent de moins en moins fréquents, et le 10 juin, jour de sa sortie, F... qui pèse d'ailleurs 63 kil. 5 peut être considéré comme complètement guéri.

Examen rétrospectif. — Le malade raconte que c'est seulement depuis la fin de décembre 1880 qu'il s'est senti distrait, oubliant tout, accablé par une sorte d'anxiété précordiale et par une lassitude extrême dans les bras et dans les jambes.

« Je devins bientôt, dit-il, complètement bête, cessant de comprendre ce qui se passait en moi et autour de moi. »

Le souvenir de ce qui arriva plus tard n'est pas plus précis; il n'a aucune idée d'avoir eu des hallucinations, des idées délirantes, ou même de la tristesse. A la fin du mois de mars, il se sentit mieux et recommença à penser.

Le malade voit la cause de sa maladie dans l'insuffisance de la nourriture, les excès de travail et de masturbation. Il y faut ajouter une croissance excessive et très rapide.

La guérison a été stable.

Reprenons les principaux traits de cette observation donnée comme typique de la psychose dite *démence primaire curable* ou *amentia stuporosa*, afin de la reconstituer.

Un mot d'abord sur *l'étiologie*. Dans presque toutes les observations allemandes relatives à cette affection, il s'agit de sujets n'ayant pas atteint la trentaine, prédisposés généralement aux accidents psychiques ou par des antécédents héréditaires ou par des maladies antérieures.

En fait de causes occasionnelles, nous notons chez notre jeune malade des excès d'onanisme ; chez d'autres, on note la puerpéralité accompagnée d'une métrorrhagie plus ou moins forte, la fièvre typhoïde, une vive émotion morale, un traumatisme crânien.

La *symptomatologie* est remarquable par sa régularité. La psychose débute en général graduellement comme chez F... par une période prodromique dont le caractère dominant est une grande fatigue; le malade devient lourd, paresseux dans sa pensée et dans ses actes. Puis, après cette période prodromique qui chez notre malade a duré quelques jours et qui chez d'autres peut durer plusieurs semaines, il tombe dans un état de torpeur intellectuelle; il est là immobile, avec une physionomie dépourvue de toute expression, le regard vague, ne répondant à aucune question. Vous vous rappelez cependant qu'en insistant beaucoup, on arrive à faire dire à F.. : « je sens que ma tête est dérangée et vide ».

Il n'y a donc pas, à proprement parler, un arrêt complet de toutes les fonctions psychiques ; il y a plutôt un grand ralentissement de ces fonctions avec un état de profonde indifférence pour les besoins les plus élémentaires.

L'examen physique du malade donne aussi la totalité des symptômes qu'on trouve habituellement, d'après les auteurs allemands, dans l'*amentia stuporosa*. Les pupilles dilatées sont égales et réagissent faiblement à la lumière et à la distance. Les réflexes cutanés sont affaiblis pendant que les réflexes tendineux sont très souvent exagérés. Dans plusieurs observations de Krafft-Ebing, nous avons noté un état cataleptoïde de tous les muscles, dans plusieurs autres, du tremblement fibrillaire de la langue. Le cœur est faible, les bruits cardiaques sont sourds, le pouls est petit, ralenti, mais il s'accélère quand on cherche à tirer le malade de sa torpeur. Les extrémités sont froides, cyanosées, la température est au-dessous de la normale, il y a des troubles trophiques de la peau et le poids général tombe. Les troubles trophiques de la peau peuvent même aller jusqu'à la formation d'escharres, ainsi qu'il résulte d'une observation de démence primaire curable due à Braun (1). Dans les urines, on constate une surcharge de phosphates.

L'histoire de F... nous renseigne également sur la

(1) *Braun* in *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 476.

marche de la démence primaire curable; elle fait ressortir très particulièrement la présence des rémissions et des rechutes : au milieu de cet état d'abattement, de profonde apathie, d'absence, au moins apparente, de toute réaction psychique, le malade se réveille pour ainsi dire légèrement et pendant quelques heures, parfois pendant plusieurs jours, on le voit manifester un peu d'initiative, répondre aux questions; puis il retombe dans la torpeur. Dans certains cas, au lieu d'une rémission on peut observer un accès d'agitation, avec ou sans hallucinations; l'accès terminé, le malade revient à son état de torpeur. On voit ensuite les rémissions devenir plus longues, plus accentuées; c'est le signe que la guérison ne va plus tarder; parallèlement, on constate que la nutrition générale s'améliore, que le poids du corps augmente, que les bruits cardiaques deviennent plus forts, que les urines sont moins riches en phosphates et que la température s'élève au chiffre normal.

La maladie de F... a duré plusieurs mois; ce serait la *durée* moyenne de cette psychose. Le *pronostic* est donc favorable; M. Krafft-Ebing cite cependant trois observations de démence primaire terminée par la mort : Braun a fait l'autopsie de deux déments primaires et il a trouvé, dans un cas de l'hypérémie veineuse de la piemère, et dans un autre cas de l'œdème de cette membrane, avec atrophie des circonvolutions. Emminhaus dans une autopsie d'un cas analogue a trouvé du gonfle-

ment et un aspect trouble des cellules de la couche corticale (1).

En somme, d'après ce qui précède, on voit que les auteurs allemands comprennent sous le nom de *démence primaire curable* ou d'*amentia stuporosa*, une affection psychique se développant d'une façon primitive chez des individus jeunes, généralement prédisposés et dans laquelle il existe une tendance à l'arrêt de toutes les fonctions psychiques, avec un état d'indifférence, de stupeur, avec absence de toute manifestation volontaire, de toute résistance active et même passive, affection psychique qui, après une durée de plusieurs mois, se termine généralement par une guérison, précédée d'une convalescence particulièrement lente, accidentée de rechutes.

Et maintenant, comment allons-nous envisager l'observation que nous venons d'analyser au point de vue de la pathologie mentale française ?

Pinel connaissait des malades de ce genre, mais il les confondait avec les idiots (2). Esquirol les connaissait aussi et c'est même lui qui créa pour leur affection le terme de *démence aiguë* (3). Georget qui a fait une importante étude sur ces cas, disait que ce qui les caractérise, c'est une absence accidentelle de la manifestation de la

(1) *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 478.

(2) *Pinel*. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, 2e édition. Paris, 1809, p. 181 et suiv.

(3) *Esquirol*. Des maladies mentales, t. II, p. 285.

pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées du tout, soit qu'il ne puisse les exprimer; Georget considérait ces cas comme appartenant à une variété spéciale qu'il appela *stupidité* (1). Etoc-Demazy a publié sur ce sujet un travail bien connu (2). Pour Baillarger, l'observation de M. Krafft-Ebing, ainsi que le plus grand nombre des observations de *démence primaire curable* constitueraient des exemples de *mélancolie avec stupeur*. Vous savez que cet auteur a démontré que très souvent derrière cette torpeur et cet engourdissement apparent de l'intelligence, il existe un délire d'une grande activité (3). Marcé qui observait journellement des cas semblables, en connaissait quelques-uns dans lesquels les convalescents affirmaient, absolument comme le malade de M. Krafft-Ebing, qu'ils avaient la tête vide, qu'ils ne pensaient absolument à rien, ne désiraient rien et vivaient dans une confusion d'idées complète (4).

Parmi les auteurs modernes, MM. Joffroy, Gilbert Ballet, Charpentier, Chaslin, Régis, Séglas, Tolouse, Hannion ont publié des observations analogues sous le nom de *confusion mentale*. Nous aussi, nous avons observé des malades ressemblant à celui de M. Krafft-Ebing.

(1) *Georget*. De la folie. Paris, 1820, p. 76 et suiv.

(2) *Etoc-Demazy*. De la stupidité considérée chez les aliénés. 1838, p. 41, 42.

(3) *Baillarger*. De la mélancolie avec stupeur. Ann. médic. psychol. 1843.

(4) *Marce*. Traité pratique des maladies mentales. 1862, p. 327.

L'examen de la malade L. M... que nous allons faire ensemble va nous le démontrer.

OBSERVATION II. (Personnelle). — *Dépression mélancolique avec mutisme, apparence extérieure de stupeur, refus d'aliments. — Fièvre au début. — Légère submatité au sommet droit. — Inégalité pupillaire sans modifications du côté des réflexes. — Pas de troubles de la parole.*

Mme Léonie M..., âgée de 21 ans, domestique est entrée le 7 mars 1895 à l'Asile Sainte-Anne, dans le service de M. le professeur Joffroy. Elle a toujours eu une bonne santé. Elle a appris très facilement à l'école. Son caractère était un peu vif. Elle s'est mariée il y a 2 ans. A la fin du mois de février 1895, elle a une petite discussion avec sa belle-mère; elle s'agite, parait avoir un peu de fièvre; on la conduit à l'hôpital Saint-Antoine. Là, elle devient de plus en plus apathique et comme elle refuse toute nourriture, on l'envoie à Sainte-Anne.

A son entrée elle semble en état de stupeur. La température rectale prise le 7 mars au soir est de 38°, le lendemain matin elle est de 37°,7. A toutes les questions elle oppose le silence le plus absolu. Elle refuse les aliments.

Son examen physique révèle les symptômes suivants : pupille droite un peu plus large que la gauche, léger tremblement des lèvres, pouls irrégulier bat 108 pulsations par 1′; légère submatité au sommet droit, en avant.

Au 15 mars il est encore impossible de lui arracher une parole.

Six semaines après le début de cette affection elle commence à sortir de cet état de stupeur; elle se plaint d'avoir la tête lourde.

Deux mois s'écoulent; elle semble complètement remise. L'interrogatoire rétrospectif nons donne quelques renseignements intéressants.

La malade nous raconte que pendant toute la durée de son affection elle s'est sentie complètement sans force; elle ne pouvait plus dormir; elle croyait mourir; elle avait conscience qu'elle n'était plus la même; pas la moindre hallucination ou illusion.

L'inégalité pupillaire persiste, mais les réflexes accommodateur et lumineux ne sont nullement modifiés. Pas de troubles de la parole.

L'observation allemande en elle-même n'a donc rien qui puisse nous surprendre. Reste à lui donner un titre français.

Deux interprétations se présentent. Ou bien, frappés par la suspension momentanée des fonctions intellectuelles, nous rangerons ce cas dans la *confusion mentale;* ou bien, tenant compte surtout des antécédents personnels du malade et de l'élément dépressif, nous le classerons sous le titre de *dépression mélancolique chez un dégénéré.*

Est-ce un cas de confusion mentale? Si nous recherchons les traits les plus caractéristiques de cette affec-

tion telle qu'elle a été décrite dernièrement par M. Chaslin (1), par exemple, nous trouvons avant tout un trouble général dans l'association des idées duquel résulte une incohérence plus ou moins accentuée; puis, une perturbation profonde dans la conscience du « moi ». Or, le malade ne présente évidemment ni l'un ni l'autre de ces caractères ; ses idées sont affaiblies, vagues, rien n'indique qu'elles se confondent; quant à la conscience de sa personnalité et même de son état, il semble que ce soit la seule chose qui persiste en lui, puisque après beaucoup d'efforts, la seule idée qu'on arrive à lui faire émettre, c'est qu'il a la tête dérangée et vide, ce qui est exact. Nous écarterons donc le diagnostic de *confusion mentale.*

Est-ce un cas de dépression mélancolique chez un dégénéré ? La première condition dans ce cas est la prédisposition qui peut tout aussi bien être causée par les antécédents personnels que par les antécédents héréditaires. La seconde condition est l'apparition assez brusque d'un ralentissement et même d'une suspension plus ou moins complète des fonctions psychiques. Or, il est inutile d'insister pour prouver que le malade de Krafft-Ebing porte très nettement ces deux caractères. Une critique pourrait être faite à propos du terme « mélancolique », parce que le malade n'a pas présenté des signes bien marqués de tristesse; mais dans le langage

(1) *Chaslin.* La confusion mentale primitive. Ann. méd. psych. 1892, XVI, p. 225. — La confusion mentale primitive. 1895.

clinique le terme « mélancolique » n'implique pas seulement l'idée de tristesse, il suppose avant tout un état général d'apathie et de passivité. Cette explication une fois admise et pour nous conformer au groupement que nous avons choisi pour exemple, notre diagnostic sera le suivant : *dégénérescence mentale avec dépression mélancolique.*

Dans l'observation suivante intitulée également « démence primaire curable » l'interprétation ne sera plus tout à fait la même, car à côté de l'élément dépression il existe un certain degré de confusion mentale.

OBSERVATION III. (Krafft-Ebing). — *Démence primaire curable chez un homme de 25 ans. — Sœur épileptique. — Impressionnabilité habituelle du malade. — Asymétrie crânienne. — Accès de dépression avec confusion dans les idées. — Durée : trois semaines. — Guérison.*

Georges R..., 25 ans, patron d'atelier, a été admis à la Clinique des maladies mentales le 15 juin 1887. Son père et sa mère étaient, dit-on, bien portants. Pourtant, l'une de ses sœurs est devenue épileptique à l'âge de la menstruation.

Le malade s'est toujours montré intelligent, laborieux, d'un caractère doux mais impressionnable, et a mené une vie régulière ; il n'a fait aucune maladie grave. Tous les ans, au printemps, il avait d'abondantes épistaxis qui ne se produisirent pas au printemps de 1887. Dans les premiers mois de cette même année, il se fatigua considérablement à son travail, et éprouva de vives contrariétés. Le 12 juin au soir, il fut insulté ; il

revint chez lui complètement bouleversé, resta longtemps sans prononcer une parole et dans une attitude absorbée. Puis il sortit, alla au cabaret pour se distraire, et y but presque un litre de vin; mais là encore il fut agacé par l'un des buveurs. De toute la nuit, il ne put fermer l'œil, ayant toujours à l'esprit l'injure reçue. Il se leva néanmoins le 13 juin au matin et partit à son atelier comme de coutume. Mais aussitôt arrivé, il tomba dans un état de rêverie étrange et profonde, ne put ni travailler ni même répondre aux questions qu'on lui posait; il était pâle, semblait indifférent et étranger à tout ce qui l'entourait; on dut le reconduire chez lui.

Du 13 juin au soir jusqu'au 15 au matin, il est au lit sans pouvoir trouver un instant de sommeil; la nuit on l'entend par moments se plaindre au sujet de l'insulte qu'il a subie; le jour il est inerte et taciturne; vers le matin du 15 il demande un prêtre. Ce même jour, son état semblant s'aggraver, il est conduit à la Clinique.

C'est un homme de taille moyenne, amaigri, pâle, présentant les symptômes d'un épuisement général, quoique ses organes thoraciques et abdominaux soient en bon état et qu'on ne constate en lui aucune trace de rachitisme. Son crâne asymétrique a 54 cent. de circonférence; pas de fièvre; le pouls petit est à 72; les artères sont contractées, la respiration superficielle et accélérée. Il a les yeux grands ouverts, l'expression hagarde, les pupilles dilatées réagissant faiblement à la lumière; on est frappé de son extérieur déprimé. L'interrogatoire révèle une incohérence complète dans les idées et l'impossibilité de s'orienter régulièrement dans le temps et dans l'espace. Le malade répond d'une voix éteinte et par des phrases très courtes, alors seulement qu'on le presse de questions. Il croit être en prison, sans avoir pour cela l'idée d'aucun délit commis par lui.

Quelques jours plus tard les différents symptômes se sont encore accentués ; le malade reste presque absolument immobile, son visage a perdu toute expression, le regard fixe et vague reste obstinément dirigé en avant ; le mutisme est complet, la voix aphone, sauf à certains moments où il pousse des cris plaintifs. R... n'a plus aucune initiative, aucune conscience de ce qui l'entoure. L'insomnie persistante au début, cède, sous l'influence du paraldéhyde.

Le 23 juin, le malade commence à se ranimer, son visage s'anime, il retrouve un peu de voix. On arrive à lui faire raconter que le 13 juin il a été injurié, qu'il en a ressenti une vive contrariété et que ses idées se sont alors complètement brouillées. « Depuis deux jours, dit-il, je me sens mieux. » Ses souvenirs sont peu précis en tout ce qui concerne sa maladie. « Je crois que j'ai été fou, déclare-t-il, pendant à peu près deux jours. »

Le 30 juin, après une abondante épistaxis, le malade est revenu complètement à l'état normal, aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique. Mais le souvenir de sa maladie est toujours vague. « Tout était embrouillé dans ma tête », dit-il. Il ne se rendait compte, ni de l'état de sa propre personne, ni de son entourage. Il sentait un grand mal de tête, des vertiges, de la tristesse. Tout se présentait à lui modifié, extraordinaire, mais il ne se rappelle avoir eu aucune hallucination.

R... est sorti guéri le 10 juillet 1887.

Dans cette observation il s'agit nettement d'un dégénéré : impressionnabilité habituelle comme stigmate psychique et asymétrie crânienne comme stigmate physique; en outre, son hérédité névropathique est probablement chargée puisqu'il a une sœur épileptique.

En fait de causes occasionnelles, figure ici une injure grave; et nous voyons le malade, aussitôt après, tomber dans une grande dépression avec sentiment de tristesse et plaintes au sujet de l'injure. Il se figure bientôt qu'il va mourir et il demande un prêtre.

Puis il déclare qu'il croit être en prison, conception si fréquente chez les délirants mélancoliques avec idées de culpabilité Cependant, à côté de ces idées délirantes il existe un véritable état de confusion mentale, puisque le malade présente une impossibilité complète de s'orienter dans le temps et dans l'espace. Une autre différence qui existe entre R... et le malade qui fait l'objet de l'obs. I c'est que ce dernier avait un état cénesthétique indifférent tandis que le malade de l'obs. III est manifestement triste. Ces détails nous amènent à formuler pour le deuxième cas de M. Krafft-Ebing le diagnostic suivant : *dépression mélancolique avec confusion mentale chez un dégénéré.*

QUATRIÈME CONFÉRENCE

DÉMENCE PRIMAIRE CURABLE (*Suite*).

SOMMAIRE : Le terme *démence primaire curable* ne correspond pas toujours à ce que les auteurs français décrivent sous le nom de *dépression mélancolique* avec ou sans *confusion mentale chez les dégénérés*.

Quatrième exemple clinique. (Krafft-Ebing). — *Démence primaire curable.* Homme de 29 ans. Traumatisme crânien avec ecchymose sur la région temporale gauche. Perte de connaissance suivie de la déviation de la bouche à gauche. Paraphasie. Cécité psychique. Surdité verbale. Torpeur intellectuelle. Durée : six semaines. Guérison.

Discussion de cette observation. Elle appartient au groupe des états mixtes empruntant leurs symptômes en partie à la neuropathologie, en partie à la pathologie mentale. C'est un cas de commotion cérébrale avec lésion cérébrale circonscrite transitoire. Observation analogue de M. Lebedeff.

Cinquième exemple clinique. (Meynert). — *Amentia stuporosa.* H... de 30 ans. Torpeur avec mutisme. Anesthésie généralisée. Affaiblissement des réflexes pupillaires. Exagération des réflexes tendineux. Idées de négation. Durée : six semaines. Guérison.

Observation incomplète comme la précédente. Diagnostic français : *dépression mélancolique* chez un *hystérique* ou bien : *délire des négations* de Cotard.

Comparaison des quatre observations allemandes au point de vue : de troubles de la conscience, de l'état cénesthétique, des idées délirantes, des troubles de la sensibilité, des troubles circulatoires, trophiques, etc... Extrême diversité. Un seul point semblable : ralentissement plus ou moins accentué des fonctions psycho-motrices du malade.

Conclusion : le terme *démence primaire curable* a plusieurs équivalents dans la pathologie mentale française ; nécessité d'analyser chaque observation portant ce titre.

MESSIEURS,

Dans un grand nombre de cas ce que les auteurs allemands appellent *démence primaire curable* correspond à ce qu'on décrit chez nous sous le titre de *dépression mélancolique* avec ou sans *confusion mentale chez les dégénérés*. — Mais il y en a dont l'équivalent français doit être formulé tout autrement. Voici d'abord une observation dont les symptômes relèvent en partie de la neuropathologie pure, en partie de la pathologie mentale.

OBSERVATION IV. (Krafft-Ebing). — *Traumatisme crânien avec perte de connaissance suivie de la déviation de la bouche à gauche. Paraphasie. Cécité psychique. Surdité verbale. Torpeur intellectuelle. Durée : six semaines. Guérison.*

Le 6 juin 1887, un nommé Goub..., concierge, âgé de 29 ans, reçut d'un autre concierge un coup asséné

sur la tête avec une grosse bûche. Aussitôt il perdit connaissance et tomba à terre. Un écoulement de sang se produisit au niveau de l'oreille droite; une ecchymose considérable se forma sur la région temporale gauche. Un médecin appelé immédiatement, trouva Goub... dans un état comateux, la bouche déviée à gauche, le pouls battait 80 à 84 par minute, la température était normale. Deux médecins légistes ayant examiné le malade le 8 juin, le trouvèrent sans connaissance et ne purent tirer de lui que des sons inarticulés.

Le 10 juin, Goub... entra dans le service de chirurgie de l'hôpital civil de Gratz. A l'examen, on constata les faits suivants : la température qui oscillait entre 36°,8, et 37°,4, était en somme normale; le pouls battait 64; les organes thoraciques furent trouvés en bon état; sur la joue gauche s'étalait une très large ecchymose. Le conduit auditif externe droit était rempli de caillots de sang, bien que le tympan ne fut pas perforé. A toutes les questions posées, le malade n'avait l'air de rien comprendre. Il disait s'appeler Franz Melmauer; s'il marchait c'était en titubant, comme un homme ivre; d'ailleurs, quand on l'abandonnait à lui-même, il restait dans un état de calme voisin de la stupeur.

Dans la nuit du 14 juin, le malade sort tout à coup de cet état, il saute brusquement de son lit, va dans la cour vêtu d'une chemise seulement; on l'y retrouve tout couvert d'excréments et on le transfère aussitôt à la Clinique des maladies mentales.

Le matin du 15, neuf jours après l'accident, M. Krafft-Ebing le trouve retombé dans la stupeur la plus complète, la physionomie dépourvue de toute expression; il est somnolent, il bâille sans cesse, il voit et il entend, mais il ne comprend pas les impressions qu'il reçoit; il répond à peine aux questions et d'une façon incohérente; il mange la nourriture qu'on lui offre, se lève

même de son lit pour satisfaire des besoins naturels, mais il marche en titubant, ne sait pas au juste où il va, et ne trouve son chemin ni à l'aller, ni au retour.

En l'examinant, on trouve un crâne régulier, sans la moindre trace de lésion traumatique, non douloureux à la percussion, ne portant aucun signe de congestion ou de lésion localisée du cerveau.

La température qui le 15 juin avait atteint 38°,4, redescend le 16 à 37°,4, et depuis lors reste normale. Goub... a conservé la sensibilité à la douleur, et les mouvements de défense qu'il exécute pendant cette partie de son examen sont remarquables par leur extrême incohérence. Les réflexes tendineux sont absents; les pupilles — moyennement dilatées — sont égales et réagissent régulièrement.

C'est le 16 juin que l'état de Goub.... semble avoir atteint son paroxysme. Le malade dort presque continuellement. Quand on parvient à l'éveiller, aucun de ses mouvements n'est spontané; même si l'on approche une aiguille du globe oculaire de l'œil, il ne bouge pas; si l'on arrive à toucher le globe, l'occlusion réflexe des paupières se produit cependant.

Dès le 17, l'état du malade s'améliore légèrement, sa marche est plus régulière; il manifeste quelques signes encore très faibles d'attention, et recommence à parler; mais il est atteint de paraphasie et nomme les objets d'un tout autre nom que le leur. Quand on lui demande des nouvelles de sa santé, il semble comprendre, mais il répond : « Je suis tombé, il y a 3 ans. » Il saisit avec intérêt les objets qu'on lui montre, mais il a oublié leur usage. Enfin, il présente tous les signes de surdité verbale et de cécité psychique. Notons encore, cependant, un symptôme d'amélioration : le réflexe rotulien, dont l'abolition constituait un des phénomènes de l'arrêt général des fonctions cérébrales est le 17 très nettement prononcé.

Le 21 juin, du pus s'écoule par le conduit auditif externe de l'oreille droite. Les centres corticaux visuels et auditifs recommencent à fonctionner. Dans les jours qui suivent, les signes de paraphasie sont de moins en moins prononcés, les facultés intellectuelles reviennent manifestement : ainsi, le 25, bien que le malade soit encore incapable de s'orienter, il peut dire l'heure à une montre; le 26, on constate qu'il reconnaît l'usage des objets qu'on lui présente, bien qu'il éprouve encore de l'embarras à les nommer. Mais la mémoire est à peu près nulle ; le malade se croit chez lui, ne se rappelle aucunement avoir été conduit à la Clinique, n'a aucune idée d'avoir reçu un coup sur la tête. La paraphasie disparaît dans les derniers jours de juin. Mais la mémoire, la notion du temps et des lieux ne reviennent au malade que le 2 juillet. A cette date, il commence à parler du traumatisme et de toutes les circonstances qui l'ont accompagné. Interrogé le 14 juillet, c'est-à-dire à peu près guéri, Goub.... raconte qu'aussitôt après avoir reçu le coup de bûche, il perdit connaissance. Il dut rester quatre jours en cet état, car ce n'est que le 10 juin, pendant qu'on le transportait à l'hospice de Gratz, qu'il eut conscience d'un fait : celui d'avoir traversé un village. Il ne se rappelle d'ailleurs pas que sa sœur et un ouvrier l'accompagnaient. Ensuite, il perdit de nouveau toute conscience de ce qui se passait en lui-même et dans son entourage. Il peut seulement dire que jusqu'au 23 juin, il souffrit d'un mal de tête qui devenait particulièrement violent quand il se couchait sur le côté droit. L'envie de dormir et les vertiges étaient continuels. Le 22 juin, il s'aperçut brusquement qu'on avait mis des aliments devant lui et qu'il était dans un lit; le 23 et le 24, il apprit par son entourage où il était et ce qui s'était passé. Depuis cette dernière date, il reconstitua petit à petit tout ce qui lui était arrivé.

Après avoir été soumis pendant quelques jours encore

à une observation très attentive, Goub.... quitta la clinique le 20 juillet, complètement guéri.

Tout d'abord nous devons constater que l'observation est incomplète : les antécédents personnels et héréditaires du malade sont absents. En fait de causes occasionnelles l'auteur indique un traumatisme crânien ayant déterminé une forte commotion cérébrale. On connaît aujourd'hui le mécanisme le plus ordinaire de ces sortes d'accidents. Le coup ayant porté sur la région temporale droite, il a dû se produire, si l'on s'en rapporte aux recherches de Duret (1) sur les traumatismes crâniens, un déplacement subit du liquide céphalo-rachidien qui est allé frapper la région encéphalique du côté opposé, ainsi que le plancher du 4e ventricule. Que l'on admette cette explication ou que l'on se range plutôt du côté d'Adamkievitch (2) qui explique les accidents par la compression d'un point de l'encéphale avec phénomènes inflammatoires et accidents hémiplégiques consécutifs, du côté du traumatisme, — ce qui importe pour nous dans cette observation, c'est la constatation d'une série de symptômes tels que hémiplégie du facial inférieur gauche, paraphasie, surdité verbale. Tous ces accidents ont leurs localisations cérébrales bien précises sur l'hémisphère gauche qui a subi l'effet de la commotion, et notamment au niveau du pied de la fron-

(1) *Duret*. Etudes expérimentales et cliniques sur les traumatismes cérébraux. 1878, t. I, p. 37.

(2) *Adamkievitch* in *Lebedeff*. Arkhiv Psykhiatrü 1893, t. XXII, n° 2, p. 80.

tale ascendante, au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale et au niveau de la partie postérieure de la première temporo-sphénoïdale.

En même temps que ces troubles, le malade présentait de la torpeur intellectuelle. Mais il ne s'agit plus évidemment ici, comme dans les observations précédentes, d'une simple dépression ; le malade se dit Melmauer, quand il s'appelle Goub.... ; il ne sait pas au juste où il va, où il est, et toutes ses idées de même que tous ses actes sont remarquables par une complète confusion et une extrême incohérence.

Notons ensuite qu'il existe un certain parallélisme entre ces manifestations psychiques et les symptômes de paraphasie, de surdité verbale et de cécité psychique; à mesure que ces derniers s'atténuent, l'état mental s'améliore; au bout de quatre semaines, les signes du côté des centres psycho-moteurs lésés disparaissent complètement et le malade guérit de sa confusion mentale avec stupeur.

Les cas de ce genre, si on les juge au point de vue de la classification de M. Magnan, entrent dans un des groupes des états mixtes empruntant leurs symptômes en partie à la neuropathologie, en partie à la pathologie mentale et très probablement dans le groupe des psychoses liées à des lésions circonscrites transitoires du cerveau. Nous disons « très probablement », d'une part, parce que l'observation ne fournit pas de renseignements suffisants et d'autre part parce qu'on ne doit

jamais se prononcer d'une façon affirmative sans l'examen direct du malade. Mais ce qui pourrait peut-être corroborer cette opinion, c'est ce fait que très souvent, à la suite de commotions cérébrales intenses, se développent quelque temps après, surtout chez des individus déjà prédisposés, des lésions cérébrales organiques stables, définitives. Sur dix-huit observations très documentées publiées dernièrement par M. Lebedeff relativement à cette question (1) on trouve quatorze cas dans lesquels la paralysie générale s'est déclarée deux ou trois ans, en moyenne, après la commotion cérébrale, chez des individus d'ailleurs touchés déjà ou par la syphilis ou par l'alcoolisme, ou par une hérédité névropathique.

Toutefois, pour ne rien présumer sur la nature des accidents présentés par Goub ..., nous formulerions notre opinion sur son cas de la manière suivante : « Commotion cérébrale avec affaiblissement transitoire des facultés intellectuelles, confusion et incohérence des idées, hémiplégie faciale gauche, paraphasie, surdité verbale et cécité psychique. » Ce diagnostic, avant tout symptomatique, indique suffisamment qu'il s'agit ici d'un cas qui, dans la classification de M. Magnan, rentre dans le groupe des états mixtes.

Enfin voici une observation d'*amentia stuporosa* due à

(1) *M. Lebedeff.* Sur les accidents psychiques provoqués par les traumatismes crâniens et en particulier par la commotion cérébrale. Arkhiv Psikhiatrü, 1893, t. XXII, n° 2, p. 89.

M. Meynert, où le tableau clinique se présente sous un autre aspect encore.

OBSERVATION V. (Meynert). — *Amentia stuporosa. Torpeur avec mutisme. Anesthésie généralisée. Idées de négation. Durée : 6 semaines. Guérison.*

Le nommé X..., étudiant en médecine, accablé par des difficultés matérielles arrive enfin, vers l'âge de 30 ans, à son dernier examen de doctorat où il échoue. Cet échec le plonge immédiatement et brusquement dans une grande torpeur avec mutisme. Ses amis, pour le distraire, l'attirent dans un café-concert, mais sa dépression n'en devient que plus grande. C'est alors, en mars 1881, qu'il est conduit dans le service de M. le professeur Meynert, où on constata chez lui une anesthésie généralisée telle que les piqûres très profondes avec une épingle pratiquées même au niveau de la cloison nasale ne provoquent aucune réaction. Les pupilles, très dilatées, réagissent très faiblement à la lumière et à la distance ; les réflexes tendineux sont exagérés, les réflexes plantaires sont absents. On est obligé de recourir à l'alimentation au moyen d'une sonde. Immobilité et indifférence à tout, sans aucun soin de propreté. L'alimentation artificielle l'irrite par moments. Au bout de quinze jours il devient un peu plus animé, il se laisse lever, habiller, conduire au jardin ; une fois assis sur un banc, on le voit chuchoter de temps à autre quelques mots. Quand on l'interroge sur le motif de son mutisme il répond qu'il n'a plus de tête et qu'il n'a plus de langue. Il retombe ensuite dans le mutisme et ne veut plus communiquer avec ceux qui l'entourent que par écrit. Dans ses réponses écrites, il déclare qu'il ne voit pas, qu'il n'entend pas, qu'il ne peut plus parler, ni avaler, ni marcher. Six semaines après, le malade est sorti complètement guéri.

M. Meynert en faisant la démonstration de ce cas en 1881, a insisté surtout sur l'analyse psycho-physiologique. Lcs centres psycho-moteurs et les centres psycho-sensoriels sont, dit-il, comme momentanément paralysés. Son mutisme s'explique par l'anesthésie manifeste de la tête et de la langue et c'est parce que le malade ne sent pas ces organes indispensables à la parole, qu'il conclut à leur absence.

Quant à l'observation, elle n'est pas ici non plus très complète ; il y manque des renseignements sur les antécédents personnels et héréditaires. Mais, pour nous, ce qui domine dans cet ensemble symptomatique, c'est évidemment une grande dépression avec idées hypochondriaques et idées de négation, accompagnée de troubles profonds de la sensibilité cutanée et de la sensibilité viscérale. Deux interprétations sont alors possibles. Tenant compte principalement des troubles de la sensibilité, on pourra songer à des accidents d'origine hystérique. Ou bien frappés avant tout de la grande dépression du malade avec idées de négation, nous penserons au délire de négation de Cotard. Pour le diagnostic : *dépression mélancolique chez un hystérique*, les renseignements sont insuffisants. Nous inclinerons donc plus volontiers à envisager cet ensemble symptomatique comme constituant la maladie de Cotard, tout en faisant des réserves sur le caractère dégénératif de ce syndrôme.

Déjà par ces quelques observations, nous pouvons con-

clure que les états morbides réunis par certains auteurs allemands sous le nom genéral de *démence primaire curable* ou de *stupidité* ou d'*amentia stuporosa Meynerti*, présentent, au point de vue de leur symptomatologie, une extrême variabilité. Comparons d'abord ces quatre observations au point de vue des troubles de la conscience du « moi ».

Tandis que le malade qui fait l'objet de la 1re observation, tout en présentant un ralentissement extrême de toutes les fonctions psychiques, se rend cependant compte de son état en disant qu'il sent sa tête dérangée et vide, celui de la 3e observation a perdu toute notion du temps, des lieux, des personnes.

Au point de vue de l'état cénesthétique ils ne se ressemblent pas davantage : le malade R.... était manifestement triste, les autres étaient absolument indifférents, sauf par moments où ils avaient des accès d'agitation qui les faisaient ressembler un instant à des excités maniaques.

Y a-t-il au moins identité au point de vue de leur délire? Prenez le dernier malade : il a des idées de négation et des idées hypochondriaques. Examinez ensuite le premier et vous trouverez chez lui une absence totale de toute idée, une table rase. Chez d'autres déments primaires curables, on trouve une vie intellectuelle très intense, avec beaucoup de conceptions délirantes, beaucoup d'illusions et d'hallucinations. Une des malades dont parle Schüle dans son article

intitulé *dementia acuta und stupor* (1) racontait, une fois guérie, que pendant son état de stupeur elle voyageait à travers les mondes célestes, elle traversait des pays inconnus munie d'ailes comme un oiseau; des villes entières lui apparaissaient et disparaissaient aussitôt; séparée de la terre elle allait visiter le soleil et là une joie divine remplissait son cœur, car de même que le soleil, elle se sentait être le centre de tous les êtres vivants. Une autre fois, elle se transformait en divers animaux féroces, en serpent, en lion. Elle a assisté au déluge et se rappelle avoir écarté du pied des cadavres. Sa chambre était remplie de régiments de soldats tout petits comme des mouches, mais complètement équipés et marchant musique en tête; ces petits soldats pénétraient dans tous les pores de son corps. Dans ses aliments se trouvaient des têtes coupées, des yeux suppliants, des langues; là encore elle trouvait des serpents et des vers.

Vous voyez quelle diversité existe au point de vue du délire entre ces malades atteints tous de *démence primaire curable.*

Si nous comparons ensuite nos quatre observations au point de vue des troubles de la *sensibilité,* nous trouvons encore des différences considérables : anesthésie totale dans le 4e cas, sensibilité à peu près normale dans les deux premiers.

(1) Schüle. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 38.

Même variabilité pour les troubles circulatoires et trophiques.

Ils peuvent être complètement absents ou se manifester sous les formes les plus disparates. Dans le premier cas, le pouls est ralenti, mou, le cœur est faible, il y a de l'hypothermie, les extrémités sont cyanosées, etc.; dans le 3e cas, celui du concierge Goub..., la température est normale et, à un moment donné, elle est même au-dessus de la normale. Quant aux troubles trophiques, rappelons-nous que dans le premier cas on notait la peau sèche, squameuse et que dans les autres il n'y avait rien de semblable.

Alors, lesquels de ces symptômes si variables, souvent même si diamétralement opposés, faut-il considérer comme caractéristiques pour la *démence primaire curable ?*

D'ailleurs, nous avons vu qu'en discutant ces quatre observations au point de vue de la pathologie mentale française, nous avons considéré les deux premiers cas de *démence primaire curable* comme méritant le diagnostic de *dégénérescence mentale* avec *dépression mélancolique*, le troisième comme un cas appartenant au groupe mixte empruntant leurs symptômes à la neuropathologie et à l'aliénation mentale et le quatrième comme un cas de maladie de Cotard, c'est-à-dire que nous arrivons à cette conclusion que les aliénistes allemands comprennent sous le nom de *démence primaire curable* un grand nombre d'états morbides qui sont

très différents les uns des autres. Mais qu'ont-ils de semblable ces différents états, pour qu'on se soit cru obligé de les réunir sous un seul nom? Quand on cherche ce qu'ils ont de semblable on ne trouve qu'un seul point : c'est le ralentissement plus ou moins accentué des fonctions psycho-motrices du malade, c'est son atonie plus ou moins prononcée ; le malade cause moins ou garde un mutisme complet, il se remue moins ou est tout à fait immobile — et voilà tout. Or, cette atonie n'est qu'un simple symptôme qui se rencontre dans une foule d'états morbides, sinon dans toutes les formes mentales. En effet, l'atonie ou, si vous voulez, la dépression motrice peut exister au cours de la mélancolie, elle peut exister dans la phase prodromique de la manie, elle peut apparaître comme état consécutif à la manie aiguë, elle peut exister dans les différentes variétés des délires systématisés, dans la démence, dans le délire aigu, dans la paralysie générale, dans les folies intermittentes, dans les psychoses liées à l'hystérie, à l'épilepsie, à la chorée, dans l'alcoolisme, dans les troubles psychiques symptomatiques et transitoires, etc., etc. Par conséquent, se servir du seul symptôme de l'atonie pour établir toute une entité morbide, c'est lui donner une importance nosologique qu'elle ne possède nullement. Pour caractériser une entité morbide, la pathologie générale nous enseigne qu'il faut tout un groupe de symptômes qui se répètent invariablement partout. Or, comme nous venons de le voir, ce n'est guère le cas

pour la variété dite *démence primaire curable*. Dans ces conditions, il n'est pas étonnant que nous arrivions à cette conclusion que le terme *démence primaire curable* n'a pas son équivalent UNIQUE dans la pathologie mentale française; — le plus souvent, il correspond à ce que nous décrivons sous le nom de *dégénérescence mentale avec dépression mélancolique*, accompagnée ou non de *confusion mentale*, mais, parfois aussi, il s'agit de toute autre chose, comme nous avons pu en juger d'après les deux dernières observations. D'où résulte la nécessité, chaque fois qu'on se trouve en présence d'une observation intitulée *stupidité, démence primaire curable, amentia stuporosa*, etc., de l'analyser soi-même pour lui donner le titre français qui lui convient le mieux.

CINQUIÈME CONFÉRENCE

WAHNSINN (Krafft-Ebing).

Hallucinatorische Verrücktheit (Westphal), Mania hallucinatoria (Mendel), Verwirrtheit (Fritsch), Hallucinatorische Verwirrtheit, amentia deliriosa (Meynert), am. hallucinatoria (id.), Hallucinatorische Verworrenheit (Konrad), Psycho-névrose hallucinatoire (Krafft-Ebing).

SOMMAIRE : Wahnsinn est une affection mentale qui apparaît d'une façon accidentelle, *primitive,* chez des individus jusque-là absolument normaux.

Historique des délires « primaires » en Allemagne. Le délire hallucinatoire. MM. Snell, Westphal, Meynert, Fritsch, Mayser, Konrad, Wille, Mendel, Krafft-Ebing, Kraepelin.

Premier exemple clinique. (Krafft-Ebing). — Wahnsinn. — H..., 34 ans. Père mort d'une affection cérébrale mal définie. Le malade lui-même a toujours eu une constitution délicate. Grand chagrin causé par la mort d'un enfant. Bientôt après, accès de délire avec hallucinations nombreuses et confusion mentale. Durée : sept semaines. Guérison.

Description nosologique de Wahnsinn d'après les doctrines allemandes. Étiologie. Symptomatologie. Marche. Durée. Terminaison. — Définition générale. — L'examen de l'observation de

M. Krafft-Ebing au point de vue de la pathologie mentale française.
Une observation de M. Meynert dans laquelle le symptôme « confusion mentale » prédomine.
Deuxième exemple clinique. (Meynert). — *Amentia deliorosa.* — Jeune fille de 23 ans. Crâne au-dessous de la moyenne.

Messieurs,

Abordons aujourd'hui l'étude comparée d'une autre psycho-névrose primitive de la classification de M. Krafft-Ebing, de la *psycho-névrose hallucinatoire* ou *Wahnsinn.*

Un mot d'historique au sujet de cette variété ne serait pas inutile.

Wahnsinn est, comme nous le savons d'après la doctrine, une psycho-névrose primitive, c'est-à-dire une maladie mentale qui apparait d'une manière accidentelle chez des individus jusque-là absolument normaux. L'idée d'un délire arrivant d'une façon primitive a été longtemps combattue en Allemagne. Vers 1860, par exemple, l'opinion générale des aliénistes allemands voulait qu'un délire fût toujours la conséquence d'un processus chronique, suivant dans son évolution différentes phases et cela d'après une loi toujours la même : tout d'abord, l'aliéné devait présenter une phase dépressive, une période cénesthétique triste ; ensuite il entrait dans une phase d'excitation, d'état cénesthétique gai, et ce n'est qu'après ces deux périodes et à titre de phénomène secondaire qu'il délirait, qu'il avait de la *Verrück-*

theit, c'est-à-dire de la folie dans le sens strict de ce mot. Enfin, ce stade était suivi par la phase terminale — la démence.

C'est pour réagir contre cette opinion que M. Snell a communiqué toute une série d'observations qui prouvent la possibilité d'apparition primitive d'un délire sans qu'il soit précédé d'une phase de mélancolie ou de manie.

Dans quelques-unes des observations citées par M. Snell la maladie débutait par des illusions et des hallucinations nombreuses. C'est ce détail symptomatique qui a été repris plus tard par M. Westphal, au 49e Congrès de savants naturalistes et médecins allemands tenu à Hambourg en 1876 (1). Là, cet auteur a décrit une variété clinique dans laquelle, au milieu d'une santé psychique parfaite, l'individu est envahi subitement par une foule d'hallucinations très intenses, surtout auditives. Ces hallucinations ont d'abord un caractère de persécution, elles prennent ensuite celui de la grandeur ; parfois, cependant, les hallucinations des deux espèces éclatent simultanément. Étant donnée la prédominance de l'élément hallucinatoire dans le tableau clinique, M. Westphal appela cette forme : *Verrücktheit* hallucinatoire ou sensorielle, ce qui veut dire simplement folie hallucinatoire ou sensorielle. Cette communication de M. Westphal a été le point de départ de toute une série de travaux, qui

(1) *Westphal*. Ueber die Verrücktheit. — Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXIV, p. 252.

expriment sur le délire hallucinatoire les opinions les plus contradictoires; les uns nient complètement son existence, d'autres, tout en l'admettant, rattachent ce délire tantôt à la manie aiguë, tantôt à la *Paranoia* primaire aiguë.

Parmi les auteurs qui accordent à cette psychonévrose hallucinatoire une existence autonome, il faut citer M. Fritsch (1), assistant de la Clinique des maladies mentales de Vienne, qui a décrit en 1880 un syndrôme qui correspond à la *Verrücktheit* hallucinatoire de M. Westphal et qu'il a appelé le premier *Verwirrtheit*, ce qui veut dire confusion mentale. Il fait cette remarque qui nous paraît tout à fait juste, à savoir qu'un pareil syndrôme s'observe très souvent à un titre épisodique au cours d'un grand nombre d'états morbides fonctionnels où organiques. Il prétend en outre qu'il existe une série de cas dans lesquels la confusion mentale constitue une psychose indépendante, idiopathique.

Meynert, inspirateur du travail de M. Fritsch, a donné une description synthétique et une très fine analyse psychologique de cette forme morbide. Il propose pour elle un nouveau nom : *hallucinatorische Verwirrtheit* qui veut dire confusion mentale hallucinatoire (2). Meynert tout en admettant comme M. Westphal que les troubles sensoriels constituent le symptôme clinique prédomi-

(1) *Fritsch*. Jahrbücher f. Psychiatrie, II, Band., 1880, s. 27.

(2) *Meynert*. Die acuten hallucinatorischen Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrbuch f. Psych. 1880 et Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXXVIII, p. 463.

nant de cette affection, ajoute que les modifications de l'attitude du malade sont le résultat non pas de son état cénesthétique, mais du caractère de ses hallucinations, si mobile d'ailleurs et si changeant; par exemple, qu'il est loquace et taciturne, triste ou gai, immobile ou agité selon la nature des troubles sensoriels qui le hantent. Envahi par cette foule d'hallucinations, le malade se sent complètement impuissant à lutter contre elles, il devient leur jouet, il leur obéit aveuglément, il les suit dans leur course désordonnée jusqu'à ce qu'il arrive ainsi à une confusion mentale complète, à la *Verwirrtheit* (1). Cette succession kaléidoscopique d'hallucinations amène une production obligatoire d'idées délirantes à caractère obsédant et aussi mobiles que la cause qui les a engendrées.

Un autre travail relatif à cette question a été publiée en 1885 par Mayser (2). Il rapproche le tableau du délire hallucinatoire des syndrômes qui s'observent consécutivement aux affections fébriles (aux *psychoses asthéniques* de M. Kraepelin), des psychoses par intoxication ou par auto-intoxication, des psychoses d'épuisement, — et il réunit toutes ces formes dans un seul groupe qu'il appelle « groupe des délires asthéniques ». A la base de

(1) A ce propos il est bon de faire remarquer que la langue allemande possède pour cette variété plusieurs expressions dont chacune marque une certaine nuance impossible à rendre en français. Ce sont : Verwirrung, Wahnsinn, Verwirtheit, Verworrenheit.

(2) *Mayser.* — Zum sogen. hallucinator. Wahnsinn. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 42. 4. 1.

cette généralisation, existe cette particularité que sous l'influence de la grande quantité de troubles sensoriels, et des conceptions délirantes apparaissant simultanément, la conscience du malade prend un caractère chaotique qui la rapproche de l'état du rêve. La constance de cette modification de la conscience (en opposition de ce qu'on observe chez les délirants systématisés dont la conscience est si nette) a fait que tous les auteurs qui ont écrit sur le Wahnsinn, donnent comme symptôme caractéristique — la confusion mentale, et l'école de Meynert emploie ce terme pour définir toute la maladie.

La même année M. Konrad (1) décrit plusieurs cas de délire hallucinatoire sous le nom de *hallucinatorische Verworrenheit.*

Puis, en 1888, M. Wille reprend le terme de M. Fritsch et applique à tous les délirants hallucinés le titre de *Verwirrtheit* (2).

Vient ensuite la monographie de Mendel (3).

Luttant contre l'opinion exprimée par plusieurs aliénistes allemands, comme Meynert par exemple, qui placent ce délire parmi les affections dégénératives, Mendel soutient que la prédisposition héréditaire ou acquise ne joue dans l'étiologie de cette psychose qu'un

(1) *Konrad.* Zur Lehre von der acuten hallucinator. Verworrenheit. Arch. f. Psych. XVI, 2. p. 522.

(2) *Wille.* Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psych. 1888, Bd. XIX, 2 heft.

(3) *Mendel.* Verrücktheit in Real Encyclopädie d. gesammt. Heilkunde, Bd. XIII, p. 507.

rôle tout à fait secondaire; pour lui, le rôle principal appartiendrait à une affection somatique sur-aiguë. Pour une fois MM. Krafft-Ebing et Mendel sont ici d'accord, puisque M. Krafft-Ebing qui décrit ce délire sous le nom de *Wahnsinn*, le place non pas parmi les dégénérescences psychiques, mais parmi les psycho-névroses qui, comme nous le savons, sont considérées par lui comme des maladies mentales atteignant un cerveau bien développé, valide et d'un fonctionnement tout à fait régulier.

Il faut ajouter, pour compléter ce petit aperçu historique que M. Krafft-Ebing a pendant longtemps nié l'existence indépendante de ce délire hallucinatoire, et dans la première édition de son *Lehrbuch*, il n'en est pas question du tout. Dans les éditions ultérieures, cet auteur décrit le délire hallucinatoire sous le nom de *Wahnsinn* et lui assigne dans sa classification une place parmi les psycho-névroses primaires au même titre que la mélancolie, la manie et la démence primaire curable. Et pour rendre plus claire sa pensée M. Krafft-Ebing dit lui-même que la variété décrite par lui sous le nom de *Wahnsinn* correspond à ce que les auteurs appellent *hallucinatorische Verrucktheit*, ou *hallucinatorische Verwirrtheit*, ou *hallucinatorische Verworrenheit*, ou *manie hallucinatoire* ou ce que Newington appelle *delusionale stupor* (1).

Passons maintenant à l'exposé d'une observation clinique donnée comme typique de *Wahnsinn*.

(1) *Krafft-Ebing*. Lehrbuch der Psychiâtrie 3te Aufl., 1888., p. 399.

OBSERVATION I. (Krafft-Ebing). — *Wahnsinn. Cause morale : grand chagrin après la mort d'un enfant. Accès de délire avec hallucinations nombreuses et confusion mentale. Durée : sept semaines. Guérison.*

D..., âgé de 34 ans, menuisier, entre le 7 mai 1881 à la Clinique dans un état très prononcé d'incohérence avec de nombreuses hallucinations.

En fait d'antécédents héréditaires on note que son père est mort d'une affection cérébrale mal définie.

Le malade lui-même a toujours été d'une constitution délicate, maladive ; son intelligence était suffisante et son caractère gai ; il n'était nullement dévot.

Marié à 24 ans, il eut cinq enfants qui moururent tous en bas âge, le dernier de convulsions, le 17 janvier 1881. Cet évènement affecte très vivement le malade ; il tombe dans une grande tristesse, pleurant sans cesse, et se plaint d'une forte céphalalgie. Au début, cet état de tristesse ne sortait pas des limites d'un grand chagrin motivé : il souffrait, mangeait à peine, dormait peu, se sentait complètement brisé, mais trouvait cependant en lui encore assez de volonté pour ne pas abandonner complètement son travail.

Voyant sa faiblesse augmenter, le malade qui jusqu'alors n'avait aucune habitude alcoolique se mit à boire du vin en grande quantité, sans arriver cependant à l'ivresse complète. En même temps, il s'adonna à la lecture de livres religieux pour remonter un peu son courage de plus en plus défaillant. Il passait à ces lectures une grande partie de ses nuits.

Depuis le milieu d'avril son sommeil, déjà insuffisant, devient agité par des rêves pénibles ; puis se déclara une profonde anxiété, indéfinissable, avec inquiétude dans les membres ; son caractère devint des plus irritables ; à chaque instant il soulevait, avec les personnes de son entourage, des discussions sur l'importance de tel ou tel texte de la Bible.

Vers le 28 avril, après une nuit sans sommeil, apparurent brusquement les hallucinations ; l'enfer s'ouvrait devant ses yeux, lui montrant les pécheurs soumis aux tortures; puis tout disparaissait pour reparaître une minute après ; parfois, au contraire, il avait la vision du ciel ; il y retrouvait son dernier enfant mort qui, tout souriant, se dirigeait vers lui. A partir de ce moment, l'état cénesthétique de D... devint extrêmement mobile; les larmes, le rire, l'apathie, l'excitation, la tristesse, se succédaient avec rapidité. Il perdit le sommeil.

Bientôt, il se mit à déclarer que Dieu parlait par sa bouche, que son existence sur la terre était finie, que le monde se trompait le croyant encore vivant. A tout son entourage il promettait le paradis et le bonheur éternel.

Il arrive à la Clinique dans un état marqué d'excitation avec de nombreuses hallucinations qui dominent tout le tableau clinique ; il n'a aucune notion ni du temps, ni des lieux ; les larmes aux yeux, il raconte de façon très incohérente et dans un style emphatique qu'il a eu des visions terribles, que le démon l'a soumis à mille tentations. Bientôt, il passe à un état tout opposé, il s'irrite sans raison, défend en criant qu'on ose l'approcher ; jette à terre les couvertures de son lit et lance une cuiller à la tête d'un voisin. Il passa deux nuits consécutives sans sommeil, avec des illusions et des hallucinations de nature religieuse et démonomaniaque. Le médecin se transforme subitement en diable, et, terrifié, le malade crie d'une voix tonnante : « Va-t'en ! » Il cherche en même temps à frapper et on est obligé de l'isoler. La nuit il est tourmenté par des hallucinations visuelles très nombreuses ; il voit se détacher des murs de la chambre une longue file de fantômes dans lesquels il reconnaît les personnages bibliques.

Le malade est de taille moyenne, très amaigri, très pâle. La langue tremble (tremblement par inanition,

comme dit M. Krafft-Ebing) le pouls est petit, l'artère radiale se dilate faiblement, elle bat 108 pulsations par minute.

Pas de fièvre, les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Après une dose de chloral associé à la morphine donnée pendant la nuit du 9 mai, le malade dort paisiblement.

Le lendemain matin, il est plus calme, moins incohérent. Il parle des mauvais esprits qu'il a aperçu la veille, du démon assis à table sous la forme d'un singe; il raconte qu'il a vu des flammes superbes à son réveil, qu'il a communié.

Après plusieurs nuits de bon sommeil, après un régime très réconfortant, la conscience du malade s'éclaircit rapidement et le délire hallucinatoire disparaît.

Déjà le 12 mai, le malade est en état de nous donner des renseignements satisfaisants sur son accès.

Il attribue sa maladie au grand chagrin qu'il a éprouvé lors de la mort de son dernier enfant, ainsi qu'à l'insuffisance de son gain. Sous l'influence de ces deux causes, il a, dit-il, cessé de manger et de dormir; puis sont venus les excès de vin et les lectures religieuses.

Il se rappelle très nettement qu'un jour, le 17 avril, tout, autour de lui, a semblé changer d'aspect. Il n'a plus su reconnaître l'heure; les nuits, les journées, lui ont semblé d'une durée interminable. Une fois, il a trouvé un clou qui lui a semblé très bizarre; une autre fois il a ramassé dans une cour une planche qui avait une odeur cadavérique. Les arbres lui produisaient une toute autre impression qu'auparavant; le soleil se couchait avec un aspect inaccoutumé.

Vers le 28 avril, une nuit, le tic tac d'une horloge l'a

brusquement réveillé, il lui a semblé que l'heure du jugement dernier approchait. Or, il n'a jamais eu d'horloge dans sa chambre.

Ayant eu, plus tard, la vision des pécheurs dans l'enfer, il est allé se confesser et communier le 29 au matin.

La confusion de ses idées augmentait de plus en plus. Dans la nuit suivante des visions innombrables de diablotins l'agitèrent sans cesse.

Une tristesse mortelle l'envahit alors. Dans sa tête survenait à chaque instant la pensée de la fin du monde, il sentait partout tantôt des odeurs de pourriture, tantôt des parfums suaves d'une douceur inexprimable; il lui semblait que tous les saints étaient revenus sur la terre. Alors, des visions heureuses et divines lui apparurent, ses idées se modifièrent en ce sens et il se crut Dieu lui-même. Pourtant au milieu de cette céleste béatitude, il entendait parfois des voix plaintives qui l'appelaient.

Il ajoute que pour éviter la misère à laquelle l'aurait exposé l'accroissement de sa famille, il s'abstenait de rapports avec sa femme et satisfaisait ses besoins par l'onanisme.

On n'a trouvé aucune indication au sujet de l'épilepsie.

Une fois guéri de sa maladie mentale, D... présenta encore quelque temps des signes d'un grand épuisement général; il se plaignait souvent d'être faible et son émotivité était extrême. Mais bientôt ses forces augmentèrent et il sortit complètement guéri le 27 juin.

Il nous est facile de donner une description nosologique de *Wahnsinn* d'après cette observation.

En fait d'étiologie, de même que pour la *démence primaire curable*, il s'agit ici des individus dont le système

nerveux, et en particulier le cerveau, est momentanément épuisé : chez notre malade par la misère et un grand chagrin, chez d'autres par de graves affections fébriles, les hémorragies, le surmenage, la puerpéralité. Parmi les affections aiguës, ce sont : la fièvre intermittente, le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'influenza — qui provoquent le plus souvent *Wahnsinn.*

Sa *symptomatologie* est très simple. Très souvent, la psychose est précédée, comme chez D... d'une période prodromique de plusieurs jours ou de plusieurs semaines, pendant laquelle le malade souffre d'insomnie avec incapacité de travailler, maux de tête, en même temps qu'il devient d'une extrême irritabilité. Puis, très rapidement arrive la période d'état par une espèce d'avalanche d'hallucinations et d'illusions. Le malade entend des coups de canon, des coups de tonnerre, des sifflements de vent, des râles de mourants, des cris plaintifs, du chant angélique. Voilà pour les hallucinations auditives qui, d'après certains auteurs, Westphal, par exemple, seraient les premières en date. Viennent ensuite les hallucinations visuelles : D... voyait s'ouvrir devant lui l'enfer, d'autres voient des incendies, des précipices, des montagnes, des déserts, des animaux féroces, des serpents, des monstres, des démons. Les hallucinations olfactives s'en mêlent avec les odeurs de cadavres et des vapeurs suffocantes. Les aliments prennent un goût de cui-

vre, d'arsenic. Le malade se sent envahi par des flammes ou par des ondées glacées. Il est déchiré par des lions et des tigres. Il devient tout petit ou énorme, lourd ou léger. Des êtres extraordinaires occupent son ventre ou sa tête. Il n'est plus maître des mouvements de ses membres : ils sont dirigés par une force étrangère telle que l'électricité, le magnétisme, la sorcellerie. Sous l'influence de ces hallucinations, naissent des conceptions délirantes les plus disparates : idées de persécution, idées mélancoliques, hypochondriaques, érotiques, mystiques, mégalomaniaques; tout cela se succède dans le plus grand désarroi, sans la moindre tendance à la systématisation. L'état cénesthétique et l'attitude extérieure du malade répondent aussi à ce désordre hallucinatoire : le malade est tantôt triste ou emporté, tantôt heureux, transporté de joie; sa mimique, en conséquence, change continuellement. Vous avez vu que le malade de M. Krafft-Ebing s'est cru un moment Dieu; les troubles de la personnalité sont en effet la règle dans *Wahnsinn;* le malade, sous l'influence de troubles sensoriels se figure être diable ou empereur, mais le « moi » n'est jamais modifié d'une façon stable.

La multiplicité d'hallucinations et leur incohérence ont encore une autre conséquence : elles déterminent un affaiblissement passager de toutes les facultés intellectuelles : de la faculté de transformer les excitations externes en sensations, de la faculté de transformer ces

dernières en idées, de la faculté d'associer les idées, de la faculté du jugement, de l'attention, de la mémoire. Le malade devient incapable de penser, de diriger son attention, parce que le fil de ses idées est sans cesse interrompu. Et c'est souvent chez lui qu'on observe ce phénomène qui consiste à associer quelques idées, non pas d'après leur sens logique, mais d'après de simples consonnances, ce qui détermine naturellement une irruption dans le champ de la conscience de quelques nouvelles idées n'ayant aucun rapport avec les premières. En un mot, le malade présente au point de vue intellectuel de la *Verwirrung*, de la *Verwirrtheit* ou de la *Verworrenheit*, c'est-à-dire de la confusion mentale.



Dans l'état physique des malades atteints de *Wahnsinn*, on ne relève, comme vous avez pu juger d'après le cas de D... que peu de chose : insomnie, troubles de la nutrition, amaigrissement. Certains malades présentent au début une légère élévation de la température, entre 38° et 38,5. Le pouls est souvent petit, compressible, les extrémités froides, couvertes de sueurs. Il existe aussi quelquefois du tremblement des mains et des lèvres. Chez les femmes, les règles peuvent s'arrêter.

La *marche* de *Wahnsinn* est remarquable, comme celle de la démence primaire curable, par la présence des rémissions et des exacerbations. Dans certains cas, les rémissions sont remplacées par des accès de stupeur.

La *durée* de cette psychose est variable : tantôt de

plusieurs mois, comme dans le cas de D..., tantôt de quelques jours ou semaines.

La *terminaison* la plus fréquente est la guérison précédée d'une convalescence très longue. D'après Meynert, le cerveau atteint à ce moment son plus grand degré d'anémie et, au cours de la convalescence, on peut observer, d'après lui, des petits accès d'excitation dont le rôle serait vraiment providentiel : amener, par l'hypérémie cérébrale qui les accompagne, du sang artériel dans l'encéphale anémié.

Wahnsinn peut se terminer aussi, comme toute psycho-névrose primitive, par le passage à la *Verrücktheit* secondaire ou à la démence (*Blödsinn*) secondaire.

Dans certains cas rares, on peut observer une terminaison par la mort, quand *Wahnsinn* se transforme en délire aigu ou quand il se complique d'une affection pulmonaire aiguë, par exemple.

De tout ce qui précède, nous pouvons formuler la définition suivante de cette psychose d'après les doctrines allemandes : *Wahnsinn* est une affection mentale survenant à la suite d'un épuisement accidentel du cerveau, caractérisée par l'apparition, avant tout autre symptôme, d'une foule d'hallucinations et d'illusions, déterminant consécutivement de la confusion mentale avec conceptions délirantes les plus variées, affection qui après une durée moyenne de plusieurs mois, se termine généralement par la guérison.

Nous avons à nous demander maintenant comment

nous envisagerons l'observation de M. Krafft-Ebing au point de vue de la pathologie mentale française. Procédons vis-à-vis d'elle avec ordre : faisons d'abord un diagnostic symptomatique et ensuite, si possible, un diagnostic étiologique.

Prenons le malade arrivé au paroxysme de son affection mentale et récapitulons les principaux symptômes qu'il présente; ce sont : les hallucinations visuelles, auditives, olfactives, l'excitation, les conceptions délirantes de nature mystique, tout cela sans la moindre trace de systématisation.

Dans ces conditions, le diagnostic symptomatique n'est pas difficile : le malade présente évidemment un état d'excitation maniaque avec hallucinations, conceptions délirantes d'ordre mystique, confusion dans les idées. Mais s'agit-il d'un accès de manie franche, de la manie dite *idiopathique*, ou d'un accès d'excitation symptomatique ?

La manie franche a pour symptôme le plus important un trouble de l'état cénesthétique : le malade devient agité, on constate chez lui une suractivité cérébrale extrême, une exaltation de tous les centres corticaux, toutes les images acquises par les sens sont projetées au dehors, ses idées s'associent plus rapidement, il devient loquace, il est *tout au dehors,* comme dit M. Magnan (1), mais on observe très rarement des conceptions délirantes et encore moins des véritables

(1) *Magnan.* Leçons cliniques sur les maladies mentales. 1893, p. 383.

hallucinations ; or, ce n'est pas cela que présente le malade de Krafft-Ebing qui est avant tout un halluciné délirant. Il n'est donc pas atteint de manie franche aiguë. D'ailleurs, vous savez combien les vrais maniaques sont rares. Le plus souvent on observe des malades, comme celui dont le cas nous occupe, chez lesquels l'excitation maniaque n'est que le signe extérieur d'une autre maladie mentale. Or les états maniaques sont très communs au cours d'un grand nombre de maladies mentales : la paralysie générale, les lésions circonscrites, l'alcoolisme, les folies dites épileptiques, hystériques, choréiques, les folies intermittentes, la dégénérescence mentale. De laquelle de ces maladies mentales est donc symptomatique l'accès d'excitation maniaque de D...? Il faut l'avouer, le diagnostic sur une simple observation est difficile et hasardé. Cependant on peut éliminer, étant donné l'absence de tout signe probant, la paralysie générale, les lésions circonscrites, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée et les folies intermittentes. Restent l'alcoolisme et la dégénérescence mentale. L'accès d'excitation maniaque de D... est-il symptomatique de l'alcoolisme? Dans le délire alcoolique le sujet a le plus souvent des cauchemars, des troubles de la sensibilité générale caractéristiques, visions d'animaux; il a conscience de ces différentes hallucinations, ce qui est encore très typique. Dans l'espèce, D... qui n'est d'ailleurs pas un buveur habituel, n'a présenté aucun de ces symptômes.

Pouvons-nous alors considérer l'accès d'excitation maniaque de D... comme symptomatique de la dégénérescence mentale ?

Plusieurs conditions sont pour cela nécessaires : lourde tare héréditaire, état mental habituel du dégénéré, apparition brusque d'idées délirantes avec ou sans hallucinations.

L'hérédité de D... est tout au moins suspecte puisqu'on nous dit que son père est mort d'une affection cérébrale. Sur son état mental habituel les renseignements sont muets. Quant aux caractères de son délire, la condition se trouve parfaitement remplie : en effet, au milieu de son accès maniaque, vous voyez poindre des idées mystiques et ambitieuses provoquées d'ailleurs par des hallucinations de nature correspondante. Notre diagnostic serait, par conséquent, pour D... : *Dégénérescence mentale avec excitation maniaque, hallucinations multiples, prédominance de conceptions mystiques et ambitieuses, confusion dans les idées.* Voilà donc un cas de *Wahnsinn* qui correspond à l'*excitation maniaque chez un dégénéré.* Cette observation, qui est donnée comme typique de *Wahnsinn* ou de *hallucinatorische Verwirrtheit* par M. Krafft-Ebing est, comme vous voyez, très complète. Vous avez remarqué que le symptôme de *confusion mentale* qui figure dans la définition de cette psycho-névrose primitive, s'y trouve en effet à un degré assez prononcé. Mais il est nécessaire que je vous cite une autre observation dans laquelle ce

symptôme est tout à fait prédominant. Elle appartient à Meynert qui la présente comme un cas de *hallucinatorische Verwirrtheit* ou de ce qu'il appelle encore *amentia deliriosa*.

OBSERVATION II. — *Amentia deliriosa.*

La nommée J. S..., âgée de 23 ans, est entrée à la Clinique le 19 janvier 1889. C'est une personne de petite taille avec un crâne dont le volume est au-dessous de la moyenne. Depuis 7 ans, elle travaillait comme domestique loin de son pays natal.

Peu de temps avant d'entrer à la Clinique, elle éprouva deux frayeurs très vives, d'abord, au cours d'une querelle avec ses maîtres; puis par suite de l'agression d'un chien. Son délire éclata aussitôt après cette seconde émotion; elle raconta que trois jours avant son entrée, deux soldats lui avaient proposé de la conduire, qu'elle avait refusé et qu'alors ces hommes l'avaient menacée avec des couteaux en lui demandant de l'argent. L'un des soldats se disait être Dieu et l'autre Jésus-Christ. Ils lui avaient déclaré que ses cheveux étaient diaboliques et que tout ce qui touchait aux cheveux venait du diable. Ce souvenir la poursuit dans ses rêves et même à l'état de veille. Pour se rassurer un peu elle prie et pleure; plus souvent, elle veut se cacher. Elle a, dit-elle, entendu la voix de sa tante morte depuis longtemps, ainsi que celle de bien d'autres personnes qu'elle ne désigne point. Elle a vu des figures de toute sorte.

Son attitude extérieure est triste. Elle regarde continuellement autour d'elle avec une expression d'étonnement et de peur; la nuit, elle fait les cent pas dans sa cellule; souvent on la trouve pleurant. A toutes les questions elle ne répond plus.

En février elle commence à s'exciter, pousse souvent des cris, se met debout sur son lit en tremblant de tout son corps. Elle crie qu'elle a entendu une grenouille pleurer. L'état cénesthétique est mobile; pendant ce temps, son sommeil est très irrégulier malgré l'usage du chloral.

On l'entend répéter un nombre incalculable de fois le même mot hongrois; ses mouvements et les attitudes de son corps ne varient pas beaucoup non plus : des heures entières elle est assise par terre en balançant continuellement le tronc et la tête. Pendant plusieurs jours elle creuse dans le matelas un grand trou, dans lequel elle essaie de se cacher et où elle cache aussi son assiette en bois, etc... Quand arrive la visite médicale, elle jette sur les médecins tous ces objets, ensuite elle s'élance sur eux elle-même en frappant tous ceux qui l'approchent.

Bientôt on observe des temps de calme. Ses réponses sont devenues sensées, ne rappelant en rien sa confusion mentale antérieure. Elle a conservé le souvenir de la plupart des événements qui ont eu lieu pendant sa maladie; elle ajoute, entre autres choses, que les voix qui la poussaient à des actes de violence, sortaient de son estomac. Elle sort le 14 juin guérie, sans aucune trace d'hallucinations.

M. Meynert ne nous dit rien au sujet des antécédents héréditaires ou personnels de la malade. Le délire éclate brusquement par des hallucinations de l'ouïe et de la vue qui donnent lieu immédiatement à des idées de persécution et à des idées mystiques : deux soldats, l'un se disant être Dieu et l'autre Jésus-Christ se sont présentés à elle et l'ont menacée. Il y a un trouble évident dans

cette association d'idées de Dieu et d'assassin menaçant d'un couteau, ou comme encore dans cette autre association : grenouille qui pleure. A un moment, au milieu de l'excitation très vive elle présente très manifestement le symptôme de la confusion mentale : c'est au commencement d'avril, lorsque son état morbide atteint son apogée : on la voit, dit Meynert, des journées entières se livrer à des paroles et à des actes les plus incohérents et répéter un nombre incalculable de fois le même mot hongrois. Cela nous rappelle l'attitude d'une malade que nous avons observée dans le service de M. le professeur Joffroy, la nommée Pasq... qui, par moments, répétait aussi d'une façon fatigante le même mot : papa. Chez la malade de Meynert, ce symptôme revient de temps à autre et cède la place à des conceptions délirantes de persécution, quand, par exemple, pour éviter ses persécuteurs, elle creuse dans le matelas un grand trou pour s'y cacher, ou a des idées mélancoliques, quand elle se couche déclarant qu'elle va mourir. Vous voyez ainsi que par les symptômes que présente ce cas (que nous rangerons d'ailleurs comme celui de M. Krafft-Ebing dans le groupe de l'excitation maniaque avec hallucinations nombreuses), nous trouvons le signe prédominant de la confusion mentale.

Il ne faudrait pas déduire de ce qui précède que toutes les observations intitulées *Wahnsinn* ou *hallucinatorische Verrücktheit*, etc., soient des cas d'excitation maniaque avec hallucinations et confusion. Voici, par exemple,

quatre observations allemandes de ce genre et dont le tableau clinique est tout différent.

(*M. Krafft-Ebing*). Garçon de 16 ans. *Antécédents personnels :* Fièvre thyphoïde à 8 ans. Physiquement mal développé. Sous l'influence d'une injure, se déclare subitement un accès de *dépression mélancolique avec de nombreuses hallucinations, idées de persécution, confusion mentale par intervalles, excitation passagère.* Durée de l'accès : quinze jours. Guérison (1).

(*M. Krafft-Ebing*). Femme de 29 ans. *Antécédents héréditaires* : père et mère névropathes. Une tante maternelle idiote, une autre hystéro-épileptique. *Antécédents personnels :* délire à propos des moindres affections fébriles, caractère fantasque. A 29 ans, quinze jours après l'accouchement accès de *folie puerpérale avec excitation, hallucinations de l'ouïe, de la vue, idées érotiques, mélancoliques, mégalomaniaques, de persécution, confusion mentale par intervalles.* Durée : neuf mois. Guérison (2).

(*M. Rosenbach*). Garçon de 16 ans. *Antécédents héréditaires* : mère névropathe. *Antécédents personnels* : Rien de particulier. A la suite d'un surmenage intellectuel, est pris subitement d'un *délire polymorphe avec idées hypochondriaques, de persécution, mélancoliques, mystiques, alternatives d'excitation et de stupeur, absence d'hallucinations,*

(1) *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 497.
(2) *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 500.

confusion mentale par intervalles. Durée : sept semaines. Guérison (1).

(*M. Greidenberg*). Femme 48 ans. *Antécédents héréditaires* : mère et plusieurs autres membres de la famille alcooliques ; oncle maternel suicidé. *Antécédents personnels* : Excès alcooliques. Caractère détestable : a jeté une fois par terre un enfant qui pleurait.

A 48 ans, elle subit l'ablation d'un cancer du sein. Quelques jours après l'opération, se déclare *un accès de pyrophobie avec impulsions à frapper et à déchirer, idées de persécution, hallucinations de l'ouïe et de la vue*. Durée : cinq mois. Guérison (2).

Mais à part ces cas dont la symptomatologie est un peu disparate, on peut dire que d'une façon générale les observations de *Wahnsinn* correspondent à ce que nous décrivons en France sous la dénomination suivante :

Excitation maniaque avec hallucinations et confusion mentale par intervalles chez les dégénérés.

(1) *Rosenbach*. Sur quelques formes aiguës de la folie. Vestnik klinitsch. *i* soud. Psihiatrü. 1890. F. 2. p. 19.

(2) *Greidenberg*. Contribution à l'étude de la folie hallucinatoire aiguë. Vestnik klinitsch. i soudeb. Psikhiatrü. 1885. F. 2, p. 76.

SIXIÈME CONFÉRENCE

WAHNSINN & CONFUSION MENTALE

SOMMAIRE : Wahnsinn est une réminiscence de la confusion intellectuelle de Delasiauve. Dysnoïa de M. Korsakoff. Histoire de la « confusion mentale » en France. Les travaux de MM. Chaslin, Charpentier, Séglas, Gilbert Ballet, Joffroy, Régis et Chevalier-Lavaure, Hannion, Toulouse. Deux exemples cliniques personnels.

Premier exemple clinique. — Mme M.... 24 ans. Antécédents héréditaires et personnels graves. Accouchement le 31 août 1894. Quinze jours après : hallucinations visuelles et auditives nocturnes, incohérence, propos incompréhensibles, association des mots par assonnances.

Alternatives d'amélioration et de rechutes.

Guérison en juin 1895, après une durée de plus de neuf mois.

Deuxième exemple clinique. — Mme D..., 35 ans. Tante maternelle internée pour un accès de délire. La malade a toujours eu un caractère susceptible, sombre. Excès de boissons. Misère.

Accès de délire avec hallucinations et propos incohérents.

Constipation, anorexie, état saburral des voies digestives.

Convalescence accidentée. Guérison.

Résumé de la confusion mentale d'après ces deux cas : étiologie, symptomatologie, marche, durée, terminaison, diagnostic.
Les termes : Wahnsinn, amentia, dysnoïa, Verwirtheit, Verrworrenheit, confusion mentale, etc..., ne peuvent servir que pour exprimer un diagnostic symptomatique.

Messieurs,

Si la « démence primaire curable » des auteurs allemands est une nouvelle édition de la « stupidité » de Georget (1), le « Wahnsinn » semble constituer une réminiscence de la « confusion intellectuelle » de Delasiauve (2). Cela ressort aussi nettement que possible des travaux du Congrès des aliénistes russes tenu à Moscou en 1891 (3), où la question des « folies aiguës » a été étudiée sous toutes ses faces. La « confusion intellectuelle » qui a reçu déjà tant de noms différents par les auteurs allemands et dont je vous ai entretenus dans la précédente conférence, a été baptisée à ce Congrès par M. Korsakoff d'un nom nouveau : « dysnoïa » (4).

Jusqu'en 1892, les auteurs français n'ont pas donné au mot « confusion mentale » l'importance d'un terme nosologique. Non pas que le tableau clinique de la

(1) V. la troisième conférence. p. 55.
(2) *Delasiauve*. Du diagnostic différentiel de la lypémanie. Ann. méd. psych., 1851, t. III, p. 406 et suiv.
(3) Arkhiv klinitsch. psikhiatrii, 1891.
(4) *Korsakoff*. Psychiatrie (en russe). Moscou, 1893, p. 362.

confusion intellectuelle de Delasiauve n'ait pas été observé depuis par plusieurs auteurs français. Je ne veux citer par exemple que les cas publiés par Becquet en 1861, sous le nom de délire d'inanition; on voit là une forme de délire qui diffère des états mélancoliques ou maniaques par une diminution trop grande de tous les processus de l'idéation et par une obtusion peu commune de toutes les perceptions externes; mais l'étiquette « confusion mentale » y manque (1). C'est M. Chaslin qui l'a remis en honneur dans un mémoire très étudié; la confusion mentale y est appelée « primitive » comme Wahnsinn qui porte le nom de psycho-névrose « primitive » dans la doctrine allemande (2).

Depuis le travail de M. Chaslin, d'autres publications ont paru sur cette question. M. Charpentier, de Bicêtre, comprend sous le nom de « confusion mentale » un certain nombre de symptômes caractérisés par la persistance de la conscience, la persistance relative des opérations intellectuelles, et par un défaut de coordination dans ces opérations. Il en résulte que l'individu assiste à ce désarroi psychique et qu'il en éprouve une angoisse progressive, laquelle vient encore augmenter

(1) *Becquet*. Délire d'inanition dans les maladies. Archives générales de médecine, février et mars 1896.

(2) *Chaslin*. La confusion mentale primitive. Ann. méd, psych. 1892. V. XVI, p. 225. La confusion mentale primitive. Paris, 1895.

le trouble des idées et du langage (1). M. Séglas, de la Salpêtrière, a publié plusieurs cas de confusion mentale (2). M. Gilbert Ballet a également étudié plusieurs faits nouveaux pouvant servir à l'éclaircissement de cette question (3).

Dans leur rapport lu au Congrès de médecine mentale de La Rochelle, MM. Régis et Chevalier-Lavaure ont donné à la « confusion mentale » une place importante parmi les psychoses infectieuses (4). M. le professeur Joffroy a développé dans ses leçons faites à l'asile Sainte-Anne l'idée que la confusion mentale ne peut être considérée comme une entité morbide, mais comme un syndrôme clinique pouvant se rencontrer dans une foule d'espèces nosologiques (5). Dans sa thèse inaugurale, M. Hannion voudrait voir accorder à la confusion mentale une place semblable à celle qu'occupent dans nos classifications la mélancolie et la manie (6).

(1) *Charpentier*. Folie et auto-intoxication. Revue générale de clinique et de thérap., 1893, p. 484.

(2) *Séglas*. Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive. Ann. méd. psych., 1893. — Confusion mentale. Arch. générales de médecine, mai-juin 1894.

(3) *Gilbert Ballet*. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux. 1893. — Annales de médecine, 1894.

G. Ballet et Roubinovitch. Communication au Congrès de médecine mentale tenu à La Rochelle, 1893.

(4) *Régis et Chevalier-Lavaure*. Rapport au Congrès de médecine mentale tenu à La Rochelle, 1393.

(5) *Joffroy*. Les psychoses puerpérales. Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, novembre 1894, et Délire avec agitation maniaque dans l'influenza, Mercredi médic, 1890, n° 13.

(6) *Hannion*. De la confusion mentale. Thèse de Paris, 1894.

Enfin M. Toulouse dans son récent ouvrage sur les causes de la folie, pense que la confusion mentale n'est encore qu'un symptôme qui ne paraît pas constituer une maladie essentielle, primitive et qui sera dissociée à mesure qu'une analyse plus fine aura établi des groupements homogènes (1).

Il nous faut maintenant serrer cette question de plus près, et puisque nous connaissons déjà l'histoire de Wahnsinn et de ses équivalents dans la classification de M. Magnan (2), il s'agit de comparer la variété allemande avec la « confusion mentale » telle qu'elle est décrite par M. Chaslin et par tous les partisans de cette forme nosologique remise à neuf.

Un exemple clinique nous est fourni par la malade que voici :

OBSERVATION I. (Personnelle). — *M..., 24 ans, sans profession. Entrée le 7 octobre 1894. — Les symptômes dominants sont : incohérence, hallucinations; état saburral des voies digestives. De temps à autre, petits accès fébriles. Durée neuf mois. Guérison.*

Pour nous rendre compte de son état psychique écoutons ses propos. Remarquez tout d'abord que la malade ne présente pas le bavardage intarissable des excités maniaques. Elle fait son débit sur le ton d'une conversation peu animée, de nuance plutôt triste, mais dans ce

(1) *Toulouse.* Les causes de la folie. 1896, p. 223; et les psychoses post-influenziques; la confusion mentale, Gaz. des Hôp., 1893, p. 583.
(2) V. la conférence précédente.

qu'elle dit il est le plus souvent impossible de découvrir un sens précis. Vous l'entendez dire : « Gil Blas à « Paris... Pois, charbonnier, c'est très adroit... Mais « pour moi... Pataquès, pataquès... Paris, parisienne... « Oiseau, lingère, infirmière... Petit loup, toi... Luxem-« bourg, géographie... Tu dors tranquille dans mes « bras... Voilà une chose... Tableau, drapeau, jamais de « roi... Jardin, Luxembourg... Bébé en blanc, blanc. »

Vous voyez que dans ces lambeaux d'un langage décousu, on trouve des mots associés par voisinage d'idées, par exemple : Paris, parisienne ; Luxembourg, géographie ; Jardin, Luxembourg ; drapeau, roi.

Essayons de fixer son attention et demandons lui : « Blanche, comment ça va ? » Nous avons beau répéter cette question deux, trois fois ; elle continue son bavardage. « Blanche, montrez-moi la langue ». Cette fois, elle nous obéit. « Blanche, avez-vous mal ? » — Vous avez entendu sa réponse : « Aussi fort à la groseille... On me fait toujours peur... Je suis M. Zola... »

De temps en temps vous la voyez regarder à terre d'une façon fixe ; il s'agit alors d'hallucinations de la vue et de l'ouïe dont on peut parfois saisir le sens.

En somme, son état psychique peut se résumer de la façon suivante : Excitation intellectuelle se manifestant par une loquacité incohérente composée des mots les plus bizarres, associés tantôt par le voisinage des idées que ces mots évoquent, tantôt par simple consonnance ; de plus, impossibilité de fixer l'attention, état cénesthé-

tique variable, agitation motrice consistant dans une gesticulation étrange des mains ; illusions nombreuses ; enfin, absence de mémoire, aussi bien pour les faits déjà un peu éloignés (comme son accouchement), que pour les évènements d'hier (la visite de son oncle par exemple).

Si nous cherchons les troubles somatiques qui accompagnent cet état mental nous n'en trouvons pas de bien grands. La peau est fraiche, le pouls est régulier, sans intermittences, nullement rapide, les fonctions de calorification et de circulation s'opèrent normalement; la langue est nette, humide; les urines dont on n'a pu recueillir dans les 24 h. que 1,200 gr., la malade gâtant par moments, ont été analysées avec le plus grand soin ; elles sont normales; le taux de l'urée est de 15 gr. par 24 h. ; pas de trace d'albumine : un seul point mérite cependant une mention spéciale : elles contiennent une proportion assez grande d'indican et des matières colorantes. Notons encore qu'un certain degré d'anorexie existe chez elle ; on est réduit à lui faire tolérer un litre de lait et deux œufs environ dans les 24 heures.

Une autre modification assez curieuse à noter est l'odeur qui se dégage de la malade ; elle est d'une fétidité extrême qui ne tient nullement aux conséquences de son gâtisme, mais qui rappelle plutôt cette odeur *sui generis* des femmes en couches présentant des accidents septicémiques ou encore l'odeur des

lochies. Or, des examens gynécologiques pratiqués sous le chloroforme à deux reprises différentes par M. Picqué, chirurgien des hôpitaux, démontrent qu'il n'existe aucun désordre du côté de l'utérus ou des annexes; l'utérus est petit, d'une mobilité absolument normale. L'odeur fétide en question doit être sans doute attribuée à la sécrétion sudorale, car l'eau des bains dans lesquels on plonge la malade pendant 1/4 d'heure devient aussitôt fétide.

Vous connaissez son état actuel. Voyons quelle est son histoire.

Elle a 24 ans. En octobre 1893 elle devient enceinte pour la première fois. Elle a une grossesse assez pénible. Pour lui donner des forces on augmente sa ration quotidienne de vin pendant que son alimentation reste plutôt insuffisante par suite d'une anorexie fort ancienne déjà. Elle prenait environ une bouteille de vin par jour, et exceptionnellement quelques liqueurs. Aussi note-t-on au cours de cette grossesse des insomnies excessivement fréquentes.

Elle accouche le 31 août 1894, sans aucun incident fâcheux, lorsque 15 jours après (c'est l'époque ordinaire), la malade est prise la nuit d'hallucinations visuelles et auditives ; elle voit des fantômes, des personnages inconnus, elle a des conversations avec Dieu. A ce moment, elle avait encore conscience de ses hallucinations. Le lendemain elle se souvenait fort bien des incidents de la nuit et le calme revenait, en apparence tout au

moins. Le 20 septembre, à la suite d'une contrariété, se déclare une attaque d'hystérie. Il faut dire que ce n'était pas la première. Déjà, vers l'âge de 16, 17 ans, elle avait eu de temps à autre de petites crises avec sensation de boule, chute à terre, grands mouvements convulsifs dans les membres, torrents de larmes vers la fin; les parents de la malade prétendent qu'elle ne perdait pas connaissance. Mettons que ces attaques ne sont pas celles de la grande hystérie, mais les accidents que nous venons de décrire sont assez caractéristiques pour nous renseigner sur la nature de l'attaque du 20 septembre. Dans la nuit suivante la malade est reprise d'hallucinations visuelles et auditives, mais cette fois elle n'en a plus conscience ; et à partir du 22 septembre, le délire s'établit définitivement ; elle est agitée, elle pousse des cris, des vociférations, on ne peut la maintenir au lit, elle ne cesse de parler en combinant d'une façon incohérente des mots qu'elle associe, ou d'après leur assonance, ou d'après l'idée qu'ils évoquent ; elle revient continuellement aux mêmes expressions, aux mêmes mots, absolument comme elle fait aujourd'hui, mais d'une façon bien plus prononcée. Il semble, en l'écoutant, qu'elle n'a pas le temps d'exprimer complètement une idée, qu'à peine une image s'est-elle éveillée dans son esprit, une autre survient qui chasse la première et ainsi de suite. C'est un travail incessant ; mais remarquez qu'il se passe dans un cercle très limité ; ce sont, en effet, toujours les mêmes mots, les mêmes idées qui

reviennent avec une désespérante monotonie; c'est d'ailleurs une pauvreté d'idées non seulement quantitative, mais aussi qualitative.

J'ai eu soin de vous dire que lorsque tous ces accidents sont survenus, la malade n'avait pas de fièvre. Il y avait anorexie très prononcée, et la malade ne prenait un peu de lait que des mains de son mari.

A son entrée dans le service, le refus d'aliment a été total. On a recours à l'alimentation par la sonde, mais le lait introduit dans son estomac était aussitôt rejeté. Plusieurs autres tentatives analogues faites à l'aide de préparations opiacées ou de bromure de potassium pour rendre l'estomac plus tolérant ont également échoué. Heureusement, deux, trois jours après, la malade s'est mise à prendre volontairement un peu de lait. Les choses allèrent ainsi jusqu'au 11 octobre. Ce jour-là une légère bronchite se déclara avec élévation de la température vaginale à 38°. Quatre jours après, la fièvre disparaît, en même temps que les accidents bronchitiques. Mais le 23, le thermomètre monte de nouveau à 38° pour arriver le lendemain à 40°, cette fois sans cause bien manifeste. En effet, l'examen gynécologique de M. Picqué appelé à ce propos a été complètement négatif; il n'y avait donc pas de septicémie. La langue était saburrale. Le pouls battait 140. On ne trouvait pas non plus l'explication de cette fièvre par l'examen attentif des voies respiratoires. Six jours après, la fièvre dis-

paraît, le thermomètre ne marque plus que 37°,1 ou 36°,9, mais le pouls reste encore rapide : 112, 120.

Depuis le 29 octobre, jour de la disparition des accidents fébriles, la peau est fraîche, l'aspect général est meilleur, moins cachectique ; seuls, les troubles délirants persistent sans autre phénomène somatique que l'odeur de la sécrétion sudorale. A la date du 3 décembre, on note l'existence d'une desquamation aux joues et au front, autour des sourcils ; la malade est affaissée ; il y a de l'hypothermie dans la matinée ; ainsi, à 7 h. du matin le thermomètre marque 35°,6 ; à 10 h. 36°,1 ; aux mêmes heures le pouls est à 66 par 1′. M... continue à se nourrir d'une façon insuffisante : un litre de lait et 2 œufs seulement dans les 24 h. L'agitation est moins prononcée, mais le langage est toujours incohérent. Vers la fin du mois de décembre, une légère amélioration se déclare : la malade dort mieux la nuit, et dans la journée elle prend spontanément du lait et des œufs.

Le 23 janvier 1895, nous constatons une légère rechute : de nouveau elle s'agite sous l'influence de nombreuses hallucinations. Elle se cache sous ses couvertures, et là, pousse de petits cris comme si elle jouait avec un enfant. Elle voit sur son lit toute espèce de « saletés ». La veille au soir, elle appelait un petit chat, du geste et de la voix.

Fin janvier — nouvelle amélioration, cette fois plus sensible : elle répond aux questions. « Comment vous

appelez-vous? » — Blanche M... Mais aussitôt son attention se fatigue, elle manifeste des signes d'impatience et se met à parler dans le sens de ses hallucinations : « On m'énerve continuellement, éternellement; des cousins, des cousines; oh, que je suis bête! j'ai mal à la tête ».

C'est après des alternatives d'amélioration et de rechute qu'elle a fini par se guérir complètement vers le mois de juin 1895, c'est-à-dire après neuf mois de maladie.

Interrogeons-la maintenant qu'elle est guérie. Vous la voyez se rappeler la plupart des incidents, non pas d'une façon complète, mais dans ce qu'ils ont présenté de plus frappant. Vous l'entendez raconter que les personnes qui l'entouraient, les personnages même représentés sur les gravures étaient autant de sujets d'illusions ou d'erreurs. Ainsi elle prenait une personne de service pour Carnot, l'interne pour un prêtre protestant; elle trouvait que toutes les femmes représentées sur les gravures qui ornent les murs de l'infirmerie lui ressemblaient. Dans ses hallucinations elle se rappelle avoir vu des serpents, avoir entendu des sifflets.

Eh bien, Messieurs, cette malade dont je viens de vous exposer le cas, est un type de ce que l'on appelle *confusion mentale hallucinatoire*. Or, ici cette confusion mentale est évidemment une des formes cliniques (très communes d'ailleurs) de la *folie puerpérale*. Mais il ne faudrait pas croire que cette forme soit toujours déterminée par les accidents puerpéraux. Voici, en effet, une

autre malade, qui a présenté le même aspect clinique et cependant ce facteur étiologique n'y a été pour rien. Voici son histoire.

OBSERVATION II. (Personnelle). — *D..., Marie, 35 ans, couturière. — A la période d'état les signes sont : incohérence dans les idées, hallucinations; anorexie, constipation, état suburral des voies digestives. Convalescence accidentée de légères rechutes. Guérison.*

Dans la nuit du 10 au 11 novembre, après une vive altercation avec son mari, D... a été prise d'un accès de délire dans lequel elle se croyait poursuivie par la police; le lendemain, le délire change et prend un caractère mystique; elle parle continuellement de Dieu, des saints, etc... En même temps, elle perd complètement le sommeil. Le 16 novembre, elle refuse toute nourriture et manifeste des idées de suicide; ce même jour se produisent des hallucinations de l'ouïe et de la vue : elle fixe le plafond, paraît voir un être imaginaire avec lequel elle est en conversation.

A son entrée à la Clinique, elle se présente avec un facies déprimé. Sur un ton triste, par moment pleurard, elle débite des phrases qui semblent répondre aux hallucinations dont elle est hantée. Elle dit, par exemple : « on les connaît bien vos prouesses, imbécile... Je n'ai jamais été à la queue, moi... Non, je ne le cacherai pas, Madame... » Par moments elle prononce une suite

de mots qui ainsi que l'a fait remarquer très justement M. le professeur Joffroy, rappellent le débit de certains paraphasiques. Par exemple : « J'avais ma plaque de fer que la petite tricotait sous la pendule... », ou encore : « J'ai vu la croix de ma pierre... » En insistant beaucoup on arrive à fixer son attention et à obtenir d'elle une réponse raisonnable, par exemple, sur son nom, sur l'endroit où elle se trouve actuellement, etc...

Ce sont les hallucinations de l'ouïe qui semblent dominer le tableau : de temps en temps, on la voit pencher la tête et prêter l'oreille. Elle a aussi des hallucinations visuelles, ou tout au moins des illusions : elle aperçoit au pied de son lit un certain enfant Henri, qui tient dans sa main un cerceau; elle voit une certaine Mme Darier avec un bonnet sur la tête; elle nous prend pour un certain M. Damey ou M. Pirou, etc...

La malade est agitée continuellement. De temps à autre, elle se met à pleurer à chaudes larmes.

Dans son état physique il est à noter qu'elle présente une certaine hypéresthésie de la peau à la piqûre et au toucher. La pression dans les deux fosses iliaques et au niveau de l'hypochondre droit est particulièrement douloureuse.

La langue est sèche, saburrale; les dents et les lèvres fuligineuses. Il y a constipation. La température vaginale était le jour de son entrée 37°,5; le pouls était le premier jour à 108 par 1′, il a oscillé ensuite entre 116

et 132, sans que la température suivit cette élévation du pouls.

L'utérus est petit, très mobile. L'examen des urines fait le 27 novembre démontre que leur quantité de 24 h. est très réduite : 620 cmc. Elles contiennent peu de matériaux d'excrétion. Parmi les éléments normaux, il faut noter une légère augmentation de l'acide urique et de l'acide phosphorique par rapport à l'urée. Les éléments anormaux sont absents : pas d'urobiline, ni d'indican; albumine et glycose : néant.

Le 30 novembre, le pouls est à 104 et la température vaginale est à 37°,6. La langue est moins sèche. L'agitation hallucinatoire persiste.

Le 3 décembre on inscrit ses paroles toujours incohérentes : « J'étais trop grasse parce qu'elle me l'a ren-
« trée; je le sens encore. J'aurais mieux aimé qu'elle
« me le dise à ma porte » etc... Ce matin-là, on a autorisé son mari à la voir : elle ne l'a pas reconnu.

Depuis le même jour, la température tend à devenir hypothermique : 36°,6 le matin, 36°,9 le soir.

Le 4 décembre la température est à 36°,4 le matin pendant que le pouls est à 102 par 1′. On est obligé de l'alimenter à la sonde.

A partir du 20 décembre, la malade est plus calme bien que son facies reste encore absorbé, préoccupé, triste. Elle se plaint d'entendre dans le couloir des voix qui disent des choses désagréables sur elle, des paroles méprisantes. Elle mange mieux. La langue est nette.

L'haleine est encore légèrement fétide. Elle va à la selle tous les jours moyennant 0,25 centig. de scammonée tous les matins.

Le 26 décembre le pouls est à 82 et la température vaginale à 36°,1 (le matin).

Sa convalescence commence quelques jours après cette date, et le 9 janvier elle peut nous donner des renseignements sur son état mental au cours de la maladie. Il lui semblait, nous a-t-elle déclaré, que son mari était accusé de vol; dans chaque passant elle voyait quelqu'un de sa connaissance; les maisons qui l'entouraient étaient toutes en feu; des petits enfants tombaient des fenêtres entourées de flammes; on l'injuriait sans qu'elle sût pourquoi; d'ailleurs, elle prenait souvent un mot indifférent pour une insulte. Elle entendait continuellement dans les deux oreilles des cris, des sifflements; elle croyait qu'on étouffait des enfants; en même temps des paroles comme « pouilleuse » etc .. lui arrivaient de tous les côtés...

L'histoire de ces deux malades est un exemple frappant de ce que l'on appelle la *confusion mentale.*

Essayons d'en tirer parti pour esquisser rapidement une description nosologique de cette variété, et pour la comparer à la Wahnsinn de Krafft-Ebing ou à l'amentia de Meynert.

Et tout d'abord quelle en est l'*étiologie*? Dans les deux cas, il s'agit manifestement de prédisposés. En effet, la malade M... est la fille d'un individu mort dernièrement

à Ville-Evrard au cours d'un accès de délire alcoolique. Sa mère âgée de 60 ans est atteinte d'une surdité survenue à l'âge de 28 ans, à la suite de couches. Enfin, sa sœur est extrêmement irritable. Quant aux antécédents personnels de M... il nous a été dit, et nous en avons eu une preuve indiscutable pendant le séjour de la malade à la Clinique, qu'elle est sujette à des crises d'hystérie. Vers 16, 17 ans, la malade était prise souvent d'une boule à la gorge, elle tombait à terre, se débattait dans de grands mouvements convulsifs sans perdre complètement connaissance; puis, tout se terminait par un torrent de larmes. La seconde malade que vous venez de voir a une tante atteinte actuellement d'un accès de délire et qui a passé pour être fort bizarre. La malade elle-même a subi à l'âge de 2 ans un grave accident : elle est tombée sur un poêle allumé, et dans sa chute elle s'est brûlée le côté droit de la face. Elle a toujours eu un caractère susceptible, sombre et si triste que, par moments, elle se mettait à pleurer sans motif apparent. A tout cela, et comme pour compliquer à plaisir cette étiologie déjà suffisamment complexe, est venue s'ajouter, l'habitude de prendre tous les jours un petit verre ou deux de cognac dans son café...

En résumé, dans les deux cas, la prédisposition a sans aucun doute joué le rôle d'un facteur étiologique important.

Mais les causes déterminantes ont, elles aussi, une valeur impossible à négliger : dans le cas de M... c'est

la puerpéralité, dans celui de D... l'intoxication alcoolique sur un fond d'épuisement et d'inanition. Et si l'on consulte les observations jusqu'ici publiées en France, on trouve parmi les causes déterminantes : la croissance, la puberté, les troubles de la menstruation, la chloro-anémie, la grossesse, l'urémie, la syphilis, la variole, les affections du tube digestif, de l'appareil respiratoire ou circulatoire, les nombreuses causes morales.

Remarquons aussi que nos deux malades ont présenté un état saburral des plus accusés des voies digestives; elles avaient toutes les deux de la constipation et de l'anorexie. Cela nous amène à penser au rôle que les auto-intoxications et les auto-infections jouent dans la provocation des troubles mentaux. Il est probable, sans qu'on puisse être affirmatif dans cette question encore à l'étude, que l'altération apportée par ces troubles gastro-intestinaux dans la composition du sang soit pour une part assez grande dans *l'entretien* des désordres psychiques. Mais il serait erroné de croire que ces auto-intoxications font plus qu'entretenir une affection psychique et qu'elles imposent la physionomie même de cette affection. Il suffirait pour cela de se rappeler que les accidents gastro-intestinaux ainsi que les maladies de tous les autres organes pouvant intoxiquer le sang, accompagnent souvent aussi bien la confusion mentale que la mélancolie, ou la manie, ou le délire de persécution.

En somme, l'étiologie de la confusion mentale est de deux sortes : la prédisposition qui domine et les causes déterminantes multiples.

Passons à la *symptomatologie.*

Chez nos deux malades, quelques symptômes ont précédé l'invasion de l'affection. La première souffrait pendant toute la durée de sa grossesse d'insomnies tenaces accompagnées de rêves et de cauchemars.

La malade D... est devenue très irritable, a cherché querelle à son mari, a perdu également le sommeil.

A la période d'état, les symptômes psychiques se sont montrés chez les deux sous l'aspect suivant.

La faculté de la perception est profondément altérée; toutes les perceptions sont faussées et donnent naissance à des illusions ; c'est là le caractère fondamental de l'affection que nous étudions.

Viennent ensuite les hallucinations qui chez nos deux malades ont occupé une place importante. D'après l'interrogatoire rétrospectif, on a pu voir que les hallucinations les plus fréquentes sont celles de la vue, les hallucinations auditives semblent moins communes. D'une façon générale elles sont d'une nature pénible quoique par leur multiplicité et leur variabilité elles n'arrivent pas à déterminer un état cénesthétique stable; elles rappellent assez bien d'ailleurs les représentations étranges, variées et absurdes du rêve.

Remarquons qu'il est possible de concevoir un état de confusion mentale sans hallucinations, car ce qui est

indispensable c'est avant tout l'altération de la faculté de perception que nous venons de noter.

Vous avez pu constater aussi combien les idées délirantes de ces malades sont variables, sans consistance ; elles paraissent et disparaissent avec une mobilité extrême, en rapport tantôt avec les perceptions faussées ou affaiblies, tantôt avec les hallucinations.

Ni l'une, ni l'autre de nos malades n'avait une notion exacte de son état.

M... a présenté en outre une modification de sa personnalité, car interrogée plusieurs fois sur son âge elle répondait qu'elle n'avait pas dix-huit mois.

L'incohérence de leur travail intellectuel est bien mise en lumière par leur langage. Le plus souvent elles font des réponses à côté ; à d'autres moments elles débitent une série de mots n'ayant aucun lien logique entre eux ; tantôt encore, elles prononcent des membres de phrases tronqués. Cette façon de parler unie à l'expression tantôt étonnée, tantôt distraite de leur facies rend la comparaison de leur état mental avec l'état de rêve encore plus saisissante.

Les signes physiques ne sont pas bien nombreux. Chez les deux malades nous avons noté un état saburral des voies digestives avec anorexie. Chez la première, l'affection a évolué sans fièvre, sauf pendant quatre jours, à deux reprises différentes où la température vaginale a monté à 38° et un jour même à 40°. Chez D... nous avons constaté que le pouls était relativement fré-

quent pendant que la température restait normale ou même au-dessous de la normale. La sensibilité cutanée était exagérée chez cette dernière. Toutes les deux ont maigri. Ni l'une, ni l'autre n'a présenté de troubles du côté des pupilles.

La *marche* de l'affection a été remarquable dans les deux cas par des oscillations; la guérison n'arrive pas après une convalescence franche; il y a des améliorations et des rechutes qui après s'être répété trois, quatre, cinq fois finissent par aboutir à une guérison définitive. Dans le premier cas, l'affection a duré plus de neuf mois, dans le second, trois mois environ.

Le *diagnostic* de la confusion mentale se fonde principalement sur les caractères du langage de ces malades, car ils décèlent cette incohérence spéciale dans laquelle les idées surgissent au hasard, tout à fait indépendantes les unes des autres et n'ayant souvent aucun rapport avec le sujet sur lequel on essaie d'attirer leur attention. Je dis « spéciale » parce qu'on peut rencontrer un autre genre d'incohérence dans laquelle l'idée primordiale émise par le malade est suivie d'une série d'autres idées qui n'ont pas un lien logique avec la première; petit à petit le point initial s'efface et finit par disparaître complètement. C'est ce que M. le professeur Joffroy a appelé le « récit par embranchements » (1); les idées s'enchaînent d'une façon défectueuse, et l'on se perd dans une quantité d'idées incidentes qui surviennent en

(1) *Joffroy*. Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne. Février 1895.

dépit de toute logique. Cette sorte d'incohérence qui s'observe chez les débiles et chez certains déments ne ressemble évidemment pas à l'incohérence présentée par nos deux malades. Il y a là une distinction psychologique très réelle et qui a été fort bien mise en lumière par M. Chaslin.

Et pour nous mettre complètement sur le terrain des partisans de la confusion mentale, nous indiquerons ce qui semble distinguer symptomatiquement le tableau clinique présenté par M... et D... des autres états mentaux.

Nos deux malades ne sont pas atteintes de manie. Le langage dans la manie n'est pas intermittent, il n'a pas ces pauses fréquentes et prolongées, cette incohérence, cette expression d'étonnement, cette immobilité relative du sujet : autant de symptômes qui s'observent dans la confusion mentale.

Elles n'ont rien non plus de la mélancolie dont l'état cénesthétique est bien stable tandis qu'il est essentiellement mobile dans la confusion mentale.

On pourrait en dire autant des différents délires de persécution qui se caractérisent avant tout par l'existence de quelques idées précises que le malade manifeste avec une certaine conviction ; or, nos deux malades ne peuvent émettre que des idées qui n'ont rien de systématique, qui sont même le contraire de toute systématisation puisqu'elles sont le plus souvent tout à fait indépendantes les unes des autres.

La physionomie clinique du délire alcoolique se rapproche beaucoup de ce qu'ont présenté ces deux malades, surtout à cause des hallucinations et particulièrement des hallucinations visuelles. Mais les hallucinations visuelles ne sont pas l'apanage exclusif de l'intoxication alcoolique; elles s'observent dans toutes les intoxications, de même qu'on peut les rencontrer dans les auto-infections et les auto-intoxications. D'autre part, les signes physiques de l'intoxication alcoolique, le tremblement, la pituite ont fait totalement défaut. Il paraît donc difficile d'envisager nos malades comme entrant dans la catégorie des alcooliques vulgaires.

Les notions encore incomplètes que nous possédons sur la folie dite hystérique nous empêcheront de considérer nos malades comme atteintes de cette forme morbide. D'ailleurs, si l'on voulait admettre comme type de la folie hystérique la description donnée par M. Falret qui considère comme symptômes dominants de cette affection : le langage ordurier, les impulsions et les obsessions de toute sorte, la demi-lucidité, le délire des actes et les perversions sensorielles, nos deux malades ne pourront aucunement donner lieu à un tel diagnostic.

On voit donc, qu'en tant qu'aspect clinique, D... et M... ne peuvent raisonnablement recevoir d'autre diagnostic *symptomatique* que celui de « confusion mentale ».

Or, si nous comparons l'histoire de nos deux malades

à celle de la plupart des malades des auteurs dont je vous ai entretenus dans la précédente conférence, nous les trouvons identiques; partout, ce qui domine c'est cette altération de la faculté de perception qui crée une incohérence à forme *sui generis* sur laquelle j'ai insisté tout à l'heure. Les hallucinations auxquelles Krafft-Ebing attache une importance exclusive ne jouent qu'un rôle de second ordre; la confusion mentale ou le Wahnsinn avec ses nombreux synonymes peut exister sans elles.

Remarquons seulement que toutes ces dénominations ne peuvent en définitive servir qu'à formuler un diagnostic symptomatique. Pour s'élever plus haut, pour envisager ces cas à un point de vue pathogénique, seul important pour le pronostic et le traitement, il est indispensable de tenir grand compte des différents facteurs étiologiques. Parmi ces derniers qui sont, comme cela arrive toujours en clinique, nombreux et compliqués, un seul domine chez tous nos malades atteints de Wahnsinn, d'amentia, de dysnoïa ou de confusion mentale. Il est banal, il prête à toutes sortes de discussions, mais sa réalité n'en est pas moins évidente : c'est la prédisposition, c'est la dégénérescence mentale héréditaire ou acquise. La constatation de ce facteur est d'autant plus importante qu'elle peut guider dans l'étude de l'action produite par les autres éléments étiologiques comme les intoxications, les maladies infectieuses, les affections du système nerveux, les causes morales.

SEPTIÈME CONFÉRENCE

VERRÜCKTHEIT SECONDAIRE & BLÖDSINN SECONDAIRE

SOMMAIRE : Terminaison habituelle des psycho-névroses primitives. Définition des psycho-névroses secondaires. Ce qui constitue leur cachet principal. Secundäre Verrücktheit ou Paranoïa secondaire. Passage de la mélancolie ou de la manie ou de Wahnsinn à la secundäre Verrücktheit.

Premier exemple clinique. (Krafft Ebing). — Paysanne de 29 ans. Père aliéné. Elle-même : étrange, irritable. Accès de dépression mélancolique suivi quinze jours après d'excitation maniaque. Dans son débit on observe de l'allitération. Conceptions délirantes polymorphes, sans la moindre systématisation. Hallucinations visuelles et auditives. Transformations de la personnalité. Malformation crânienne. A la longue, l'excitation se calme, mais les conceptions délirantes deviennent de plus en plus décousues. L'affaiblissement intellectuel fait des grands progrès.

Résumé des principaux caractères de la *secundäre Verrücktheit* d'après cette observation.

Les psycho-névroses primitives se terminant le plus souvent par cette vésanie incurable.

Examen de l'observation allemande au point de vue de la nosologie

française. Observation de Marcé. La secundäre Verrücktheit est une phase de la démence consécutive à certaines affections mentales aiguës.

Secundäre Blödsinn.

Deuxième exemple clinique. (Krafft-Ebing). — H..., 28 ans, cordonnier, enfant naturel. Timidité excessive depuis son jeune âge. A 19 ans, accès de délire mélancolique ayant duré six mois. Cette fois, il a un accès d'excitation avec confusion mentale, hallucinations de la vue et de l'ouïe, conceptions vagues de mégalomanie et de persécution. Déformation crânienne. Cinq mois après, grand affaiblissement intellectuel avec disparition de conceptions délirantes.

Description de la *secundäre Blödsinn* d'après cette observation. Différence avec la *secundäre Verrücktheit.*

Deux sous-variétés de Blödsinn secondaire : agitée et apathique. Exemple de la forme agitée.

Troisième exemple clinique. (Krafft-Ebing). — F..., 29 ans. Vers le troisième jour d'une pneumonie : accès de délire fébrile qui se prolonge et devient un accès d'excitation maniaque. Transformation en démence avec agitation motrice.

Résumé général des psycho-névroses secondaires. Comment peut-on faire le pronostic des psycho-névroses secondaires.

Messieurs,

En vous parlant de la démence primaire curable et de Wahnsinn, la troisième et la quatrième des psycho-névroses primitives de la classification de M. Krafft-Ebing, je vous ai indiqué quelle est leur terminaison : le plus souvent, vous ai-je dit, elles se terminent par la guérison, mais quelquefois, elles se transforment en vésanies

incurables qui constituent ce que les auteurs allemands appellent des psycho-névroses secondaires.

D'une façon générale, ces vésanies consécutives portent le cachet d'un affaiblissement plus ou moins prononcé des facultés intellectuelles. Il ne s'agit évidemment pas ici de l'affaiblissement consécutif ni aux lésions cérébrales circonscrites telles que ramollissement, hémorragie, tumeur, ni aux lésions généralisées comme la paralysie générale, ni aux psychoses toxiques, ni aux névroses; nous ne nous occupons ici que de l'affaiblissement consécutif aux psycho-névroses primitives.

Cet affaiblissement intellectuel prend, selon les circonstances, des aspects symptomatiques très variables. Ainsi, dans certains cas, ces formes terminales ne sont que des manifestations chroniques des formes primitives qui les ont engendrées. Par exemple, la mélancolie classique se transforme en mélancolie chronique, la manie franche aiguë en manie chronique. Parfois cependant ces formes terminales revêtent un aspect différent de celui de l'affection mentale qui leur a donné naissance; c'est pourquoi, il a semblé nécessaire aux aliénistes allemands de leur donner des noms qui permettent de les caractériser d'une façon plus précise.

M. Krafft-Ebing et ses élèves divisent ces formes terminales, ces psycho-névroses secondaires, en secundäre Verrücktheit ou Paranoïa secondaire et en secundäre Blödsinn ou démence secondaire.

Voyons d'abord ce que l'on comprend sous le nom de secundäre Verrücktheit ou paranoïa secondaire.

Voici un malade atteint de dépression mélancolique qui délire et qui a même quelques hallucinations. A la période aiguë de sa maladie, son délire était en rapport intime avec son état cénesthétique triste, et c'est ce dernier qui guidait toute la vie psychique du malade. Mais la période aiguë disparaît; avec elle disparaît aussi l'état cénesthétique triste; l'anxiété, le sentiment d'ennui, la douleur morale n'existent plus; le délire mélancolique devrait disparaître aussi; pas du tout — il persiste. Un profond changement se produit dans le malade. Lui qui auparavant attendait la mort avec crainte et désespoir, lui qui écoutait avec terreur des voix imaginaires, il a cessé maintenant d'être triste, il semble même gai, content et néanmoins, il continue à émettre des conceptions délirantes identiques à celles de sa vraie période mélancolique, il dit comme auparavant qu'on va le guillotiner, qu'il est la honte de l'Univers, etc. Mais toutes ces phrases terribles ont pour ainsi dire perdu leur importance à ses yeux; le malade affirme qu'il est un monstre, mais il demande en même temps la permission d'aller se promener ou raconte quelques anecdotes plaisantes et continue à vivre tranquillement. Le malade a passé de la mélancolie à la *secundäre Verrücktheit*.

Voici ensuite un excité maniaque. Son affection à lui est provoquée par un état cénesthétique gai, par une

suractivité de l'imagination et par une association excessivement rapide des idées. Mais voilà que tous ces phénomènes qui forment la base du délire du maniaque disparaissent; le délire devrait disparaître aussi; pas du tout, il persiste : le malade, dont l'imagination et la faculté d'association des idées sont dans un état calme, continue à se considérer comme très puissant, très riche, se couvre de décorations, exige qu'on lui donne des titres pompeux, etc. Il a passé de la manie à la *secundäre Verrücktheit.*

Enfin, voilà un malade atteint d'un accès de Wahnsinn; là, le délire est caractérisé par une grande confusion mentale, par le trouble dans l'association des idées, par de l'excitation intermittente et souvent par des hallucinations. Or, l'excitation disparaît; on s'attend à la disparition des conceptions délirantes, de la confusion mentale et des hallucinations; il n'en est rien, le malade continue à croire que tout ce qui lui apparaissait pendant la maladie a réellement existé, qu'on l'a réellement empoisonné, qu'il a réellement pris part à une bataille, qu'il est mort plusieurs fois, etc.; il continue à avoir quelques hallucinations, ce qui ne l'empêche plus de s'orienter fort bien dans son milieu habituel et de se livrer même à quelque occupation utile.

Mais une observation nous permettra de faire mieux ressortir les caractères de la *secundäre Verrücktheit.* En voici une qui est recueillie par M. Krafft-Ebing et qui

est intitulée : *secundäre Verrücktheit* consécutive à *mania furibunda.*

OBSERVATION I. (Krafft-Ebing). — *Accès d'excitation maniaque avec confusion mentale. Transformation en démence secondaire avec conservation de quelques conceptions délirantes.*

Mme Grau..., paysanne, âgée de 29 ans. *Antécédents héréditaires* : père aliéné. *Antécédents personnels :* dès son enfance, son caractère était étrange et irritable. Elle se marie au commencement de 1876 ; au mois de juillet de la même année, sans aucune cause apparente, elle tombe dans une profonde dépression mélancolique à laquelle succède, quinze jours après, un accès d'excitation maniaque qui atteint rapidement le plus haut degré : la malade chante, casse tout autour d'elle, se déshabille, etc.

A son entrée à l'hôpital, elle est dans un état de grande exaltation : elle déclame des sermons sur un ton pathétique, cite à chaque instant des versets de la Bible, prêche son entourage. Dans son débit on remarque de l'allitération (figure de diction qui consiste à répéter ou à opposer plusieurs fois la même ou les mêmes lettres, comme dans cet exemple : le riz tenta le rat; le rat tenté tâta le riz — ou : ton thé t'a-t-il ôté ta toux ?).

Elle parle d'une façon rythmée : « *Der Himmel ist ein schimmel, de schimmel ist ein Lümmel, Alles soll Klingen und singen und springen.* » (Le ciel est un cheval blanc, le cheval blanc est un rustre ; tout doit sonner, chanter et sauter.) Au milieu de ces idées gaies apparaissent de temps à autre des conceptions délirantes, érotiques et religieuses. Elle est la reine du ciel, la Sainte-Vierge. Sa santé est idéale, elle est pleine de force, elle est heureuse, tout autour d'elle est merveilleusement beau ;

elle est la consolatrice de tout le monde. Elle a passé par tous les états possibles ; elle a été garçon, vierge, riche, pauvre, noble, paysanne ; elle a éteint les flammes de l'enfer et sauvé l'univers ; Dieu le père et la Sainte-Vierge lui ont apparu dans les nuages.

La malade danse, chante, crie, applaudit. Elle se déshabille volontiers en présence des médecins, met à ses cheveux des rubans. Elle raconte qu'elle a mis au monde cinq enfants, parmi lesquels Jésus-Christ. Foule d'hallucinations de l'ouïe et de la vue de nature toujours gaie. Par moments, elle tombe dans un état d'extase et prononce des paroles solennelles sur un ton de prédicateur.

L'examen physique montre un crâne mal conformé au niveau de la région frontale, des oreilles mal ourlées, des pupilles dilatées réagissant difficilement. Le pouls est à 100. La malade est très amaigrie, fortement anémiée. Pas de modifications du côté des organes génitaux. Le sommeil est mauvais. De temps à autre, on observe des poussées congestives légères à la tête et du ptyalisme.

Sous l'influence du chloral, du KBr à la dose de 8 gr. et de l'isolement, l'excitation diminue. Mais la malade continue à manifester une opinion exagérée de sa valeur ; elle parle dans un langage et sur un ton pleins de prétention ; ses conceptions délirantes persistent. L'attitude extérieure devient bien plus calme et Graupp peut même accomplir quelques travaux manuels ; mais, lorsque arrive une période menstruelle, son excitation réapparaît de plus belle, elle prononce de nouveau des sermons, se dit être la Sainte-Vierge, la reine des cieux, la mère de Jésus, traite les femmes qui l'entourent de cocottes, de diablesses, devient violente et agressive. Ce délire érotique et religieux, qui s'est développé secondairement, devient progressivement de plus en plus net.

En même temps, la confusion dans les idées augmente. Par exemple, la malade affirme qu'elle a été à l'état d'ange, qu'elle mangeait des œufs pondus par elle-même, qu'elle est en même temps père et mère. Quand elle était archange, saint Jean l'a transportée dans une maison de prêtres où elle a été dévorée pour trente deniers. Elle est montée au ciel déjà six fois et six fois on l'a couronnée reine. Marie-Thérèse est sa grand' mère. Les archanges qui habitent le ciel sont en or et en pierres précieuses ; quand ils descendent sur la terre ils deviennent des hérissons. Elle-même est une sainte, elle a mis au monde cinq anges, etc.

La malade ne forme plus aucune conception normale. Quant aux conceptions délirantes, elles existent, mais elles n'ont plus le pouvoir de la mettre en état d'excitation, comme pendant sa manie aiguë. Ce n'est que lorsqu'on essaie de la contredire ou de discuter avec elle qu'elle entre dans une colère très vive, appelant son contradicteur Lucifer, ennemi du genre humain, le couvrant d'injures et le menaçant de la vengeance de Dieu; elle finit cet accès par un rire incohérent et des grimaces érotiques.

En dehors de ces petits accès provoqués à volonté, elle est calme; seule son attitude extérieure hautaine, sa manière prétentieuse de parler, sa tendance à orner ses cheveux et ses vêtements de toute espèce de chiffons de couleurs criardes indiquent combien son désarroi mental est considérable.

Il n'existe plus aucune base logique, aucune cohésion dans les conceptions délirantes de la malade ; il va sans dire que ces dernières se fondent le plus souvent sur des hallucinations de toute espèce. Depuis plusieurs années, son délire n'a produit rien de nouveau; au contraire, les anciennes conceptions délirantes deviennent de plus en plus pâles, décousues; la malade réagit de

moins en moins sous leur influence, de telle sorte qu'on ne peut que prédire un affaiblissement intellectuel toujours grandissant (1).

La symptomatologie de la *secundäre Verrücktheit*, d'après cette observation, se résume de la façon suivante. Les psycho-névroses primitives qui paraissent se terminer le plus souvent par cette vésanie incurable seraient, d'après les auteurs allemands, la manie aiguë et Wahnsinn ; il est rare que cette terminaison survienne pour la mélancolie simple. Malgré la disparition de l'excitation, le malade continue à manifester des conceptions délirantes qui se montrent stables et modifient sa personnalité en rapport avec elles. Notre malade, qui se croyait la Sainte-Vierge, avait une attitude extérieure hautaine, les cheveux et les vêtements ornés de chiffons. Or, comme ces conceptions sont souvent de nature différente, les unes mélancoliques, les autres mégalomaniaques ou mystiques ou de persécution, le malade se crée autant de personnalités différentes qu'il y a en lui de groupes d'idées délirantes. Il n'a d'ailleurs aucune tendance à mettre en rapport, à systématiser ces différents groupes de conceptions délirantes ; elles peuvent se contredire à tous les points de vue, cela lui est égal, parce qu'il présente un affaiblissement plus ou moins accentué des facultés de jugement, de mémoire, de critique. Il en résulte un grand désarroi entre les idées, les sentiments, les tendances du malade, une désagré-

(1) *Krafft-Ebing*, Loc. cit., p. 512.

gation de sa personnalité psychique. Les conceptions délirantes qui restent au malade sont généralement en petit nombre et le malade manque de force intellectuelle pour en créer de nouvelles. Il tourne dans un cercle très limité d'idées en dehors duquel il peut manifester comme la malade de M. Krafft-Ebing quelques restes de sa vie psychique normale d'autrefois. C'est pourquoi on voit Grau... accomplir quelques travaux manuels. C'est pourquoi aussi on peut avoir avec les malades une conversation qui se tient à peu près, sans qu'on s'aperçoive tout de suite qu'on a affaire à un délirant. Il suffit alors de l'interroger sur l'une de ses fausses conceptions pour qu'immédiatement il raconte tout très facilement. Vous avez remarqué combien Grau... défend même avec acharnement ses idées lorsqu'on essaie de la contredire. En effet, les malades de ce genre — et c'est un phénomène assez singulier, étant donné leur affaiblissement intellectuel — tiennent énormément aux quelques conceptions délirantes qu'ils ont encore, et cela est d'autant plus remarquable qu'ils affichent en même temps une grande indifférence pour leurs anciennes affections, pour leur famille et pour leurs amis par exemple.

Marche, Durée, Terminaison. — Cet état mental peut être entretenu par quelques hallucinations restant de l'accès aigu, comme c'est le cas chez Grau.... De temps à autre, un petit accès vient rappeler la psycho-névrose primitive qui a été le point de départ de cette *Verrücktheit*

secondaire. Celle-ci peut durer sans modifications pendant plusieurs années et n'aboutir que très longtemps après à la démence complète. Chez Grau..., on a vu, au bout de plusieurs années, les anciennes conceptions délirantes devenir de plus en plus pâles, insignifiantes ; lorsqu'on la contredisait, elle paraissait déjà bien plus indifférente qu'auparavant ; les malades répètent encore les mêmes phrases par une vieille habitude, mais ce sont des phrases vides n'ayant plus aucune portée ni au point de vue du sentiment, ni au point de vue de l'idée et elles ne sont plus suivies d'aucun acte correspondant.

En somme, la Verrücktheit secondaire se caractérise par un affaiblissement des facultés intellectuelles et des sentiments affectifs avec quelques conceptions délirantes stables déterminant une désagrégation de la personnalité du malade, affaiblissement intellectuel qui va en s'accentuant et aboutit au bout d'un temps plus ou moins long à la démence complète.

Diagnostic. — M. Krafft-Ebing considère le cas que je vous ai rapporté comme une Verrücktheit secondaire consécutive à un accès de manie franche aiguë. Pour nous, l'accès d'excitation maniaque de Grau... ne présente pas les caractères de la manie aiguë idiopathique. En effet, dans cette forme de maladie, on observe un état cénesthétique gai, de la loquacité, de l'association rapide des idées, mais généralement les conceptions délirantes et les hallucinations sont absentes. Or, chez

cette malade, ces deux derniers symptômes occupent une place très considérable, prépondérante dans le tableau clinique : elle est la reine du ciel, la Sainte-Vierge, Dieu le père lui a apparu dans les nuages. Ajoutons, en outre, la confusion très prononcée qu'on observe au sujet de l'association des idées, lorsque la malade dit, par exemple, tout à fait au début de son accès, que « le ciel est un cheval blanc, le cheval blanc est un rustre ». Dans ce cas, il s'agit donc, absolument comme dans un grand nombre d'observations allemandes intitulées Wahnsinn, d'un accès d'excitation maniaque avec hallucinations, conceptions délirantes et confusion. Or, la malade nous est présentée comme ayant toujours eu un caractère étrange et irritable, comme ayant un crâne mal conformé, des oreilles trop petites et mal ourlées ; de plus, son père est un aliéné. Dans ces conditions et étant donnée aussi la soudaineté avec laquelle l'accès a éclaté, nous croyons avoir quelque droit de supposer que Grau... commença par avoir un accès d'excitation maniaque d'origine dégénérative avec hallucinations, conceptions délirantes, légère confusion mentale. Puis cet accès, au lieu de disparaître complètement, comme c'est le cas le plus fréquent, s'atténua seulement et la malade garda un certain nombre de conceptions délirantes. Mais ces dernières méritent-elles le nom d'idées systématisées ? Érotiques et mystiques en apparence, ces idées, lorsqu'on les examine d'un peu près, sont complètement incohérentes : elle dit, par

exemple, avoir mangé des œufs pondus par elle-même ; elle dit encore que les archanges descendus sur terre se transforment en hérissons. Ces associations d'idées bizarres, décousues, se font ici non pas en vertu d'une avalanche d'hallucinations (la malade en a fort peu), non pas à cause d'une succession tumultueuse d'idées, comme chez le maniaque, mais surtout par suite d'un affaiblissement profond et prématuré des facultés intellectuelles, par suite de la démence précoce. En définitive, nous formulerons notre diagnostic de la façon suivante : démence précoce consécutive à un accès d'excitation maniaque d'origine dégénérative avec hallucinations, conceptions délirantes, érotiques, religieuses, confusion mentale.

Vous trouverez dans la littérature médico-psychologique française, depuis Esquirol jusqu'à nos jours, de nombreuses observations de ce genre. Mais je vais simplement vous rappeler que Marcé donne dans son Traité un exemple frappant de l'incohérence dans les idées dans un cas d'affaiblissement intellectuel consécutif à un accès d'excitation maniaque. Un de ses malades de Bicêtre racontait ceci :

« Je puis créer Jumièges pour qu'ils sachent lire le « camphre dans toutes les situations de la vie ; la femme « ivre qui accouche du néflier et de l'écureuil en ramo- « nant les cheminées et d'une très nombreuse fortune. « Je suis l'auteur de trois gibecières ; vous mourriez « littéralement de faim, si vous aviez un chien enragé « dont nous fîmes un gros caillou (1). »

(1) *Marcé*, Traité pratique des maladies mentales, 1862, p. 400.

On voit ainsi que pour nous la Verrücktheit secondaire est tout simplement une phase de la démence consécutive à certaines affections mentales aiguës et ne mérite pas, à notre avis, les honneurs d'une variété spéciale. D'ailleurs ceci est tellement vrai, que dans la grande majorité des cas, l'affaiblissement des facultés intellectuelles du malade atteint de Verrücktheit va en augmentant et que les conceptions délirantes disparaissent complètement à un moment donné en laissant le malade à l'état de démence absolue.

Dans la *Blödsinn* secondaire, les choses se passent au point de vue *symptomatique* un peu différemment : Le mélancolique, le maniaque, le malade atteint de Wahnsinn, au lieu de conserver, comme dans la Verrücktheit secondaire, ses conceptions délirantes, les abandonne, mais en revanche il sort de son accès avec un affaiblissement pur et simple de ses facultés intellectuelles : sa mémoire faiblit, son jugement perd en clarté, sa faculté d'association des idées s'altère, son sens moral et esthétique s'émousse. On comprend d'ailleurs qu'il peut y avoir des degrés nombreux dans cet affaiblissement, tellement que dans certains cas il peut passer complètement inaperçu. On voit très souvent des malades ayant eu un accès de mélancolie ou de manie ; une fois l'accès passé, le malade semble guéri et nullement affaibli intellectuellement. Il sort, il essaie de reprendre ses occupations, et c'est alors qu'on s'aperçoit qu'il a moins d'énergie qu'autrefois, que sa mémoire

n'est plus aussi bonne, qu'il travaille plus lentement, que son caractère est devenu plus irritable et que son sens moral n'est plus aussi délicat. On est là en présence d'un degré initial de la démence et on comprend l'importance de cette situation au point de vue médico-légal : voilà un homme qui n'a plus une conscience aussi nette qu'auparavant des motifs qui le guident, qui réfléchit moins bien ; il commettra naturellement plus facilement qu'autrefois des actes délictueux, il cédera plus rapidement aux émotions du moment. On conçoit qu'il soit souvent difficile de se prononcer dans des cas semblables et que seul un observateur sagace et fin qui connaît la personnalité antérieure du sujet, puisse s'apercevoir des modifications survenues. Entre cet affaiblissement des facultés intellectuelles à peine marqué et la démence complète, celle du 3e degré des auteurs français, tous les intermédiaires peuvent s'observer en clinique. Blödsinn secondaire comprend toutes les nuances. Mais dans leur tendance à tout classer, les aliénistes allemands distinguent deux modalités de Blödsinn : une forme apathique et une forme agitée.

Voici d'abord un exemple donné par M. Krafft-Ebing comme type de Blödsinn secondaire à forme apathique.

OBSERVATION II. (Krafft-Ebing). — *H..., 28 ans. Accès de délire mélancolique à 19 ans. A 28 ans un accès d'excitation maniaque avec confusion mentale. Transformation en démence complète sans conservation ni d'idées délirantes, ni d'excitation.*

Kampf..., 28 ans, cordonnier.

Antécédents héréditaires : pas de renseignements.

Antécédents personnels : Enfant naturel. Depuis son enfance, il se faisait remarquer par une timidité excessive ; il évitait les jeux, avait peur de tout le monde ; à part cela, ses facultés intellectuelles paraissaient très normales. A l'âge de 19 ans, il eut un accès de délire mélancolique qui dura 6 mois et qui fut suivi d'une guérison complète.

A la fin du mois de juin 1873, Kampf revint à la maison dans un état de vive excitation. Il parlait sans cesse et d'une façon incohérente, il s'intitulait roi de Prusse et il déclarait vouloir épouser une danseuse de corde qui elle aussi était reine. En même temps il se disait Adam, Saint-Jean et Jésus-Christ. Il passait avec une extrême incohérence d'un sujet à un autre. Bientôt il se mit à chanter, à siffler, à jurer, à briser les vitres, les portes, à frapper ses parents ; il apercevait dans l'air des flammes, des diables ; il entendait des voix qui l'appelaient ; il croyait être condamné à être brûlé vif, ou décapité ; il se plaignait d'une soif ardente et souffrait de constipation.

C'est dans cet état d'extrême excitation qu'il arrive le 2 juillet 1873 dans le service de M. Krafft-Ebing.

L'association des idées est excessivement rapide et confuse. Au milieu de ce tourbillon d'idées, on note de temps à autre des conceptions mégalomaniaques : il est Jésus-Christ, Saint-Jean, etc. Il ne reste pas sur place et veut tout briser, tout détruire. Une multitude d'hallucinations de la vue et de l'ouïe le hantent : le diable, Dieu, etc.

Dans son état physique, on note ceci : pas de fièvre, le pouls bat 80 pulsations par minute. Les organes thoraciques et abdominaux sont sains. Il présente une légère

déformation crânienne qui consiste dans une voussure très prononcée de la région occipitale.

Pendant plusieurs semaines l'excitation de Kampf se maintient avec la même intensité qu'à son entrée, malgré l'emploi des bains prolongés. Puis arrive la période des courtes rémissions et des exacerbations très prononcées.

Au bout de cinq mois de cette agitation motrice avec confusion mentale et hallucinations nombreuses, le malade passe à un état de calme apparent : sans être agité, il continue à être incohérent dans ses idées et dans ses actes. Puis, petit à petit il maigrit et paraît comme épuisé. Des heures entières il garde la même position, ne réagissant à aucune impression, ne manifestant aucune douleur même sous l'influence d'un fort courant d'induction. Son visage a perdu toute expression et le regard se dirige vaguement dans l'espace. Tous les muscles paraissent mous, relâchés, le malade se tient courbé sur lui-même comme un vieillard, la salive s'écoule de sa bouche, il est gâteux, ne prononce plus la moindre parole.

Au bout d'un an, voyant que son état ne changeait aucunement, M. Krafft-Ebing envoya Kampf dans un asile pour aliénés incurables (1).

Vous voyez en quoi consiste cette forme apathique de la démence secondaire. Le malade arrive tantôt rapidement au bout de quelques mois, comme Kampf..., tantôt lentement, à un état mental caractérisé par un calme intellectuel complet, le calme du tombeau : plus de perceptions, plus d'aperceptions, plus d'excitabilité réflexe. La physionomie est dépourvue de toute expres-

(1) *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 517.

sion, le corps est courbé, les membres sont écartés et fléchis, la mâchoire inférieure est tombante et la salive s'écoule de la bouche. Si vous ne donnez pas à manger à Kampf, il mourra de faim ; si vous le laissez dans une maison qui brûle, il restera n'ayant aucune notion du danger. Il faut le nourrir, l'habiller, le faire aller à la selle, le faire uriner, etc... La parole n'existe plus, et le malade ressemble à un animal auquel on a excisé les hémisphères cérébraux. Kampf..., n'a pas été suivi jusqu'au bout. Les malades de ce genre peuvent vivre assez longtemps, mais le plus souvent ils meurent au bout de quelques années de tuberculose pulmonaire.

Poussant trop loin le *diagnostic différentiel* entre la Verrücktheit secondaire et la Blödsinn secondaire, M. Krafft-Ebing pense que c'est la manie aiguë qui se termine le plus souvent par cette forme apathique de la Blödsinn secondaire et le cas que je viens de citer est destiné à appuyer cette opinion.

Or, la manie aiguë est une vésanie des cerveaux valides, d'après les classifications allemandes elles-mêmes et nous ne voyons pas trop pourquoi l'auteur considère Kampf... comme un individu à cerveau valide. Pour nous, ce malade a tout ce qu'il faut pour mériter une place parmi les dégénérés ; sa malformation crânienne, son caractère timide, insociable, craintif, son accès de dépression mélancolique survenu à l'âge de 19 ans, lui en donnent, nous semble-t-il, des droits incontestables.

L'accès d'excitation maniaque pour lequel Kampf...

est entré dans le service de M. Krafft-Ebing, éclata sans qu'on sût trop pourquoi. Nous avouons que nous ne croyons pas du tout à la génération spontanée des vésanies, quelques psycho-névroses primitives qu'elles soient. Quelle fut, dans ce cas particulier, la cause au moins occasionnelle de l'accès de Kampf... ? On omet de nous le dire.

L'auteur appelle ce cas : manie aiguë. Or, dans la manie franche aiguë, il existe habituellement une période prodromique de dépression qui manque ici. De plus, le malade s'est mis brusquement à avoir des conceptions de persécution, de mégalomanie et de mysticisme des plus incohérentes, chose qui est rare dans la manie classique ; son excitation n'avait non plus rien de l'état cénesthétique gai des maniaques puisqu'il s'imaginait qu'on allait le brûler ou décapiter ; il est vrai que ces idées absurdes étaient sous la dépendance d'hallucinations également exceptionnelles dans la manie. De telle sorte, qu'en nous conformant aux descriptions nosologiques de M. Krafft-Ebing lui-même, nous rangerions l'accés de Kampf... plutôt parmi les Wahnsinn que parmi les manies franches aiguës.

Vous savez déjà d'après ce que je vous ai dit au sujet de Wahnsinn, ou amentia deliriosa que cette affection correspond le plus souvent à ce que nous décrivons en France sous le nom d'excitation maniaque avec hallucinations, confusion mentale chez un dégénéré.

Ce qui s'est passé ensuite avec Kampf... contribue à

démontrer qu'on est en présence d'un individu qui a eu un accès d'excitation maniaque d'origine dégénérative. Nous savons que la manie franche aiguë se termine rarement par la démence, et quand cela arrive, c'est généralement après avoir passé par un long état d'excitation maniaque chronique pendant lequel on observe tous les symptômes de la manie, mais à un degré très atténué ; la démence est généralement tardive et beaucoup de cliniciens affirment même qu'une manie peut durer très longtemps et être suivie d'une guérison complète.

Ce n'est pas le cas de Kampf... qui a évolué très vite vers la démence, (dans l'espace d'un an), et cela à l'âge de 28 ans. Ce sont généralement les débiles qui ont le privilège de ces démences précoces et rapides.

On voit que la différence qui existe entre Kampf... et la malade de l'observation précédente, est simplement une question de degré : Kampf... arriva plus rapidement que Grau... à la démence, mais tous les deux sont atteints de ce que nous appelons la démence précoce secondaire.

Il existe encore une autre variété de la Blödsinn secondaire : c'est la forme agitée. Là, le mécanisme psychique est détérioré un peu moins que dans la forme apathique et il y a encore un peu d'excitation psychique. Il en résulte un tableau clinique caractérisé par une agitation sans but, des actes violents, incohérents ; les malades ramassent toutes espèces de saletés sans savoir pour-

quoi ; leur langage est formé par un ramassis de mots dépourvus de tout sens, c'est la confusion mentale poussée à son plus haut degré. Ce n'est d'ailleurs qu'une phase très passagère, car au bout d'un temps plus ou moins long, le malade tombe dans la forme apathique.

M. Krafft-Ebing cite l'exemple suivant de cette forme agitée.

OBSERVATION III. (Krafft-Ebing). *F... 29 ans. Au cours d'une pneumonie se déclare un accès de délire avec excitation et confusion mentale. Transformation de cet accès en démence avec agitation.*

Une nommée Beng... paysanne, âgée de 29 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, contracte vers le milieu de septembre 1871 une pneumonie droite. Au moment où cette affection atteint son apogée, Beng... présente du délire fébrile qui, pendant la défervescence, devient d'abord de l'excitation maniaque, puis un véritable accès de manie aiguë se déclare. La malade ne dort plus, chante, siffle, bavarde d'une façon incohérente, prend souvent un ton de prédicateur, se livre à des actes de violence.

Par moments, elle est irritable, colère.

Son délire comprend des idées démonomaniaques et la malade se défie des gens de son entourage. Elle voit partout des sorcières, des morts. Elle se croit ensorcelée. Au milieu de ce tourbillon incohérent d'idées, surviennent des rémissions au cours desquelles Beng... ayant une parfaite conscience de son état, exprime le désir d'être internée dans un asile d'aliénés.

A son entrée à la Clinique, le 9 octobre 1871, Beng... présentait le tableau d'une grande excitée, avec incohérence et tendance invincible au mouvement. Son débit

se composait de mots ou de phrases séparés ; l'association se faisait principalement d'après la ressemblance extérieure des mots, d'après leurs consonnances. Çà et là, on saisissait quelques vagues idées de persécution, (elle parlait de sorcières, du diable, de l'acide sulfurique qu'on lui avait mis dans la cervelle, etc.) ; elle avait aussi des idées de grandeur (elle se disait fille d'un prince, riche héritière, propriétaire d'une voiture de 4 chevaux, etc.), mais ce qui dominait, c'étaient l'état cénesthétique irrité, colère et conceptions démonomaniaques. La conscience était profondément troublée, car Beng .. prenait les gens de son entourage pour les personnages de son délire. Dans l'examen physique, M. Krafft-Ebing note ceci : Le front est étroit. La température est normale, le pouls est à 88, la nutrition générale est profondément baissée ; la peau et les muqueuses sont pâles.

Deux mois après le début de cette affection mentale, une rémission se produit, mais la conscience au lieu de revenir complètement, reste indécise et la parole continue à être incohérente. Bientôt les accès d'excitation reviennent pendant quelques heures : la malade manifeste alors des idées de persécution démonomoniaques, des idées de grandeur, elle chante, rit, bavarde sans cesse. Pendant que cet état psychique inquiétant se maintient, la nutrition générale s'améliore, les règles reviennent ; on s'aperçoit alors d'un grand affaiblissement des facultés intellectuelles, même pendant la période de calme.

Dix mois après son entrée à la Clinique, l'état de Beng... est plus mauvais que jamais : incohérence dans les idées, nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe, actes absurdes : des journées entières elle va et vient, lance des jurons, se jette sur les personnes de son entourage pour les battre, prononce à ce moment quel-

ques mots qui indiquent un restant de conceptions démonomaniaques, chante, rit, gesticule, etc...

La physionomie change d'expression, la malade paraît vieillie ; elle devient gâteuse et est transférée dans un asile pour aliénés incurables (1).

Vous le voyez, le cas de Beng... ressemble aux deux précédents — à part quelques nuances qui tiennent simplement à une question de phase ou de degré.

Maintenant que nous connaissons la secundäre Verrücktheit et la secundäre Blödsinn avec ses deux modalités, nous devons résumer les caractères généraux des *psycho-névroses secondaires*.

Tous les cas que je vous ai cités ont ceci de commun : c'est que dans tous on observe un affaiblissement des facultés intellectuelles avec altération profonde de la personnalité psychique.

Ces accidents secondaires peuvent se développer rapidement comme dans les 2e et 3e cas, ou lentement comme dans le premier.

Les facultés morales et intellectuelles s'en vont progressivement dans un certain ordre : le sens d'esthétique et de convenance sociales d'abord, puis la mémoire, le jugement, la critique, l'aperception, la perception... L'être se dégrade de plus en plus et arrive en définitive à n'exercer plus que des fonctions automatiques et végétatives. La *Verrücktheit secondaire*, la *Blödsinn agitée*,

(1) *Krafft-Ebing*. Loc. cit., p. 515.

la *Blödsinn apathique* ne sont que des échelons qui marquent la chute, la dégradation psychique dans ce processus général qui est la démence et toutes ces dénominations correspondent à ce que nous appelons *démence secondaire précoce ou tardive.*

J'aurai fini quand je vous aurai signalé, dans l'histoire de ces démences secondaires, une question qui nous intéresse tout spécialement en clinique.

Est-il possible de prédire que tel cas de mélancolie, de manie ou de délire hallucinatoire aboutira à la démence secondaire ? Quels sont les symptômes qui permettent de prononcer un pareil *pronostic* ? — Tous les aliénistes se sont posé cette question et à l'heure qu'il est on ne peut encore résumer la réponse que d'une façon incertaine. D'après M. Krafft-Ebing, lorsque le malade, au cours de sa psycho-névrose primitive subit une modification dans l'expression de son visage qui consiste dans une certaine immobilité et fixité du regard ou dans une certaine asymétrie de contraction des muscles homologues, on peut considérer ce trouble de la mimique comme un signe précoce du passage à l'état de psycho-névrose secondaire.

Un peu plus tard, à l'époque où le pronostic est encore douteux, un certain nombre de signes physiques peuvent aider à la solution du problème.

C'est en général d'un mauvais présage quand le malade, en pleine psycho-névrose primitive, dort bien et voit s'accomplir régulièrement toutes ses fonctions végétatives.

De même, le pronostic est fâcheux quand se déclarent à ce moment, des troubles trophiques (comme la calvitie précoce, l'amaigrissement, la sécheresse de la peau), des troubles de la circulation capillaire avec œdéme, éruptions cutanées, hématomes de l'oreille, artério-sclérose précoce. Tels sont les signes qui font présumer l'apparition des psycho-névroses secondaires.

Quant aux variétés des psycho-névroses, vous avez remarqué qu'elles sont fondées sur des nuances qui n'ont rien de stable ; la division, purement artificielle, n'est basée que sur un aspect du moment ; le même malade qui aura ce que nous appelons de la démence secondaire, se présentera tantôt à l'état de *secundäre Verrücktheit*, tantôt à l'état de *secundäre Blödsinn.* Mais ce qui importe surtout pour nous, c'est de bien rechercher les premiers symptômes de l'affaiblissement secondaire des facultés intellectuelles.

HUITIÈME CONFÉRENCE

CATATONIE. — FOLIE CATATONIQUE.

SOMMAIRE : Histoire de la Catatonie. Kahlbaum en 1868. — Troubles psychiques et troubles moteurs à caractère de raideur, de tension, de contracture. — Synonymes : Spannungs-Irresein, vesania catatonica. — Cinq périodes : dépression mélancolique, excitation maniaque, période catatonique proprement dite, période intermittente, démence.

Premier exemple clinique (Naoumoff). — H..., 24 ans, médecin. *Antécédents héréditaires :* aliénés jusqu'à la quatrième génération, *Antécédents personnels :* onanisme, excès alcooliques ; à 23 ans, typhus exanthématique.

Début à 24 ans par un accès de dépression mélancolique ; cinq semaines après, est venue l'excitation maniaque ; puis la période catatonique qui dure neuf mois ; vient ensuite la phase intermittente qui persiste pendant 2 ans 1/2 ; enfin, le malade tombe dans la démence avec confusion dans les idées.

Description nosologique de la catatonie d'après cette observation : étiologie, symptomatologie, évolution. La période de l'excitation maniaque ressemble à Wahnsinn (confusion mentale). Verbigération. Le symptôme dominant de la période catatonique : état cataleptoïde.

Cas frustes. Pronostic variable. Les autopsies des catatoniques par Kahlbaum.
Définition générale de la catatonie d'après ses partisans.
Examen de l'observation de M. Naoumoff au point de vue de la pathologie mentale française.
Examen des observations de Kahlbaum au même point de vue.
Deuxième exemple clinique (Kahlbaum). — F..., 24 ans. Mélancolie sans délire, refus d'aliments, immobilité. — Au bout d'un mois, guérison.
Troisième exemple clinique (Kahlbaum). — F..., 21 ans. Accès de mélancolie avec stupeur à la suite d'une émotion. Durée : quatre mois. Guérison.
Quatrième exemple clinique (Neisser). — F..., 32 ans, sujette à des pertes de connaissance. Affaiblissement de la mémoire ; idées de grandeur. Raideur des muscles du cou et de l'épaule. Inégalité pupillaire. Déviation de la langue à droite. Écriture tremblante. Verbigération. Troubles de la déglutition. A l'autopsie : adhérence de la pie-mère.
Cette observation intitulée catatonie est un cas de paralysie générale.
Le procès de la catatonie en Allemagne, en France, en Russie : MM. Westphal, Tigges, Mendel, Krafft-Ebing, Séglas, Chaslin, Popoff, Serbsky. Les différentes variétés morbides dans lesquelles on peut observer les symptômes catatoniques.
La catatonie est-elle une entité morbide?

MESSIEURS,

Poursuivant notre étude comparée, nous examinerons aujourd'hui une variété morbide qui ne figure pas dans les classifications allemandes que nous avons choisies pour guides, mais qui existe dans d'autres. Elle a été si vivement discutée non seulement en Allemagne, mais

dans toute l'Europe, qu'il nous paraît impossible de la passer sous silence : il s'agit de la catatonie.

C'est Kahlbaum qui d'abord, en 1868, au Congrès de Insbruck, et plus tard, en 1874, dans une monographie spéciale (1), a décrit sous le nom un peu étrange de *catatonie* une variété morbide caractérisée d'une part par une évolution cyclique de cinq phases et d'autre part par des troubles moteurs avec phénomènes de raideur musculaire.

Dans la pensée de l'auteur, la catatonie devait constituer en pathologie mentale une espèce de pendant à la paralysie générale, parce que, de même que cette dernière, elle se composerait de phénomènes psychiques et de phénomènes moteurs étroitement liés entre eux. Ce ne serait d'ailleurs qu'un simple pendant, car les deux affections différeraient aussi bien par la nature des troubles psychiques et moteurs que par le pronostic. Par exemple, à l'opposé de la paralysie générale, les troubles moteurs porteraient dans la catatonie surtout le caractère de raideur, de tension, de contracture; c'est pourquoi d'ailleurs Kahlbaum proposa pour la forme qu'il voulut établir le nom de *Spannungs Irresein*, folie par tension ou encore *vesania katatonica* ou *katatonia*. En clinique, ces troubles moteurs se manifestent par les phénomènes cataleptiformes ou tétaniformes, par certains accidents convulsifs, par des attitudes et mouve-

(1) *Kahlbaum*, Klinische Abhandlungen über die psychische Krankheiten. I Heft. Die Katatonie. — Berlin, 1874.

ments uniformes, stéréotypés, par la répétition des mots ou des bruits sur le ton d'une conversation sensée, par le mutisme, etc...

Quant aux manifestations psychiques, la catatonie idéale comprendrait la succession des stades suivants : dépression mélancolique, excitation maniaque, période catatonique proprement dite constituée par un état semblable à celui qu'on décrit chez nous sous le nom de mélancolie avec stupeur, période intermittente et, enfin, démence.

Au cours de ces différentes phases, le malade présente les troubles moteurs que nous avons mentionnés et certaines autres manifestations plus ou moins pathognomoniques de la catatonie, telles que la tendance à la négation, à l'opposition, la sitiophobie, l'extase religieuse, l'exaltation pathétique, théâtrale, etc...

L'ensemble est, comme vous voyez, assez bigarré, et on éprouve un besoin naturel de l'examiner de plus près.

Une observation très complète appartenant à M. Naoumoff (1), partisan de Kahlbaum, va nous permettre de faire une connaissance plus complète avec la catatonie.

OBSERVATION I. (Naoumoff). — *Catatonie avec les cinq périodes de Kahlbaum. Démence finale.*

Il s'agit d'un nommé K..., âgé de 24 ans, médecin.

Antécédents héréditaires graves : frère aliéné, beaucoup

(1) *Naoumoff*, Katatonia Arch. de Psych. (en russe), t. XVII, n° 1, 1891.

de parents atteints de maladies nerveuses sur les deux lignes — paternelle et maternelle — remontant jusqu'à la quatrième génération. Le malade se livre à la masturbation depuis l'âge de 13 ans; les tentatives de rapports sexuels ont démontré l'existence d'une impuissance accentuée. Pour se consoler, il fait des excès alcooliques.

A 23 ans, typhus exanthématique. Aussitôt guéri, il recommença à boire et, huit jours avant le début de sa maladie mentale actuelle, il absorba deux bouteilles d'eau-de-vie. Les cinq premières semaines de sa maladie se passèrent dans une maison de santé. Il fut pendant quinze jours en état de dépression mélancolique avec affaiblissement de l'activité cardiaque, diminution de la sensibilité cutanée et abolition des réflexes tendineux; les trois semaines suivantes se passèrent dans un état d'excitation maniaque. Il entra ensuite à l'hôpital le 3 mars 1885. On remarque alors dans sa physionomie une expression sombre et apathique; la parole est lente. Aux questions posées, le malade répond à peine en tenant la tête baissée; il ne sait pas où il est, ni pourquoi il est amené là. Huit jours après, il refuse de manger. Puis, au milieu de cette dépression générale, une nuit se déclare subitement un accès de violente excitation dans lequel il se blesse les mains en brisant des vitres. Vers le matin, l'accès est calmé, et le malade raconte qu'un vif ennui a été cause de son accès. A partir du 18 mars, l'immobilité devient plus complète, la salive s'écoule de la bouche, K... reste assis ou couché, les yeux fermés. Le 6 avril, on note un état cataleptoïde léger et, deux jours après, une catalepsie complète avec flexibilité céreuse très prononcée. On est obligé d'avoir recours à l'alimentation par la sonde, quoique le malade résiste de toutes ses forces. Cet état dure jusqu'au 1er décembre, c'est-à-dire pendant neuf mois. Le malade

semble ensuite sortir de sa torpeur cataleptique. Tous les jours, il ouvre les yeux et regarde. L'état cataleptoïde disparaît peu à peu. Il essaie de mettre lui-même sa chemise. Son langage mimique devient très actif. A toutes les questions, il répond par des mouvements de tête. C'est encore au moyen de gestes qu'il demande à manger, à boire. Quand on ne saisit pas le sens de ses mouvements mimiques, il chuchote des paroles inintelligibles. L'appétit augmente, il se plaint de la faim. Le malade présente des contractures des membres inférieurs et, le 7 janvier 1886, on commence l'extension systématique de ces derniers. Il ne veut toujours pas parler et se met en colère quand on insiste, il est irritable et exigeant. Puis, le 4 février, sans qu'on sache bien pourquoi, il reprend l'usage de la parole, expliquant son mutisme par la crainte qu'il avait de se fatiguer la poitrine. Le malade est gai, se promène. Cela dure un mois et, le 8 mars suivant, le voilà de nouveau taciturne. Pressé de questions, il déclare qu'il n'a que fort peu d'idées dans la tête, qu'il ne se rappelle plus rien. Le 25 mars, au matin, le malade se précipite brusquement dans la direction de la chapelle de l'hôpital. Arrêté en route, il retombe dans l'immobilité, le mutisme, avec état cataleptoïde léger. On lui fait alors le massage abdominal : cela le fait rire. Quand, à ce moment, on lui demande pourquoi il rit, il répond qu'il se trouve comme dans un état de demi-rêve et qu'il voit toute espèce de figures, des jets de lumière et des étoiles. Il reprend aussitôt son attitude immobile, dans laquelle il reste plusieurs semaines. Survient un nouvel accès d'excitation avec insomnie, agitation, actes désordonnés, cris, verbigération, idées d'empoisonnement, hallucinations visuelles, auditives, olfactives, interprétations délirantes avec des états cénesthétiques très changeants. Au cours de ces accès, il manifeste quelques idées de grandeur,

en déclarant qu'il est « roi », qu'il distribuera toute sa fortune à l'univers. Il est particulièrement malpropre ; il boit de son urine, se couvre de ses excréments en disant : « C'est très utile, ça sent bon et ça débarrasse de toutes les mauvaises odeurs. » Pendant deux ans et demi, il a présenté cette succession d'accès de dépression avec phénomènes cataleptiques et accès d'excitation avec verbigération incessante et incohérente.

A partir du mois d'avril 1889, le malade donne des signes d'un affaiblissement intellectuel manifeste. Ses idées deviennent tout à fait incohérentes : il demande, par exemple, au surveillant d'arroser le fauteuil et le banc avec de la tisane, en disant que si on ne lui obéit pas il cassera toutes les vitres. Il explique son désir par la phrase incohérente suivante : « Ce ne sont pas des meubles, mais des personnes qui ont besoin de boire ; si on ne leur donne pas à boire, il faut s'entrecouper, car on nourrit les malades pour les ouvrir la nuit, quand ils sont endormis, pour déterminer ainsi un échange des matières. »

Ce cas de catatonie ressemble tout à fait au tableau clinique tracé par Kahlbaum. Les cinq périodes y sont notées et déterminées. Il est facile de donner, d'après cette observation, une description nosologique de la catatonie.

Étiologie. — Le plus souvent, la catatonie atteindrait des individus jeunes, entre 18 et 30 ans. Tel le malade choisi qui avait 24 ans.

Dans les vingt-deux observations publiées par Kahlbaum et dans celles de ses partisans, Hecker, Brosius, Arndt, Neisser, etc., il n'existe pas de renseignements

sur les antécédents héréditaires et personnels ; l'hérédité, d'après ces auteurs, ne jouerait aucun rôle dans la production de la catatonie ; c'est l'irritation génitale, l'onanisme, le surmenage intellectuel, la dévotion exagérée qui seraient les causes les plus fréquentes de cette affection. Cependant n'oublions pas que K... a eu plusieurs membres de sa famille aliénés.

Symptomatologie. — La maladie débuterait par une phase de dépression mélancolique pendant laquelle le malade se montre inquiet pour sa santé et manifeste des idées hypochondriaques. Cette période passe souvent inaperçue ; cependant, chez K..., elle a dû être assez intense, puisqu'on a jugé nécessaire de l'interner.

Vient ensuite une phase d'excitation maniaque ressemblant le plus souvent à ce que nous avons appris à propos de Wahnsinn : le malade est hanté par une multitude d'hallucinations et, consécutivement, par des conceptions délirantes de toute espèce : démonomaniaques, mystiques, érotiques, etc. ; il est gai ou triste, selon la nature de ses hallucinations, enfin — dernier trait de ressemblance — il présente de la confusion mentale. Au cours de cet accès, les vrais catatoniques présenteraient un certain nombre de symptômes importants. C'est d'abord une façon de parler pathétique, théâtrale qui fait que les malades prennent à chaque instant des attitudes d'orateur, de prédicateur, même quand il s'agit de choses insignifiantes ou absurdes. C'est cette tendance à la déclamation, cette *Redesucht* des Allemands qui, avec

ses caractères spéciaux, distinguerait les catatoniques des maniaques ordinaires. Cette déclamation consiste, d'après Kahlbaum, dans une répétition continuelle de mots, de phrases ou simplement de sons inarticulés sur le ton d'une conversation sensée, en un mot, il y a verbigération (1). Ce dernier phénomène serait pathognomonique de la catatonie.

Aprés cette deuxième période d'excitation vient la phase catatonique proprement dite, c'est le stade de stupeur ou, comme dit Kahlbaum, d'*Attonität*. C'est cet état que K... présentait à son entrée à l'hôpital : une grande dépression, avec ralentissement de toutes les facultés intellectuelles. Le malade refuse de répondre, de manger, de faire le moindre mouvement ; d'autres manifestent un véritable délire de négation. Certains malades, dans cette phase de stupeur, présentent une tendance à prendre des attitudes stéréotypées ou à faire des grimaces toujours les mêmes. Un des symptômes les plus importants de cette période, c'est l'état cataleptoïde que K... a, en effet, présenté pendant plusieurs jours. Chez d'autres, on peut, en outre, observer des convulsions choréiformes ou épileptiformes, de la tétanie. Les malades restent des semaines et des mois sans parler. Leur visage est remarquable par la tension des muscles : les lèvres sont serrées, les yeux fermés, le menton for-

(1) *Verbigération*, dit Kahlbaum, *ist also eine psychopathische Erscheinung, bei welcher der Kranke bedeutungs-oder zusammenhangslose Worte und Sätze im scheinbaren Character einer Rede in Wiederholung vor sich ausprícht.*

tement appuyé contre la poitrine, en un mot toute la musculature de la face est en état de raideur tonique très prononcée. Les bras sont en flexion ou en extension forcées et, quand on essaie de sortir le malade de son état, on provoque une résistance considérable. Quelquefois, il est vrai, après plusieurs heures de cette attitude, le malade se lève brusquement seul, fait quelques pas dans sa chambre, mange, urine, se recouche et reprend de nouveau son attitude raidie. De temps à autre, au milieu de l'apathie muette avec refus d'aliments, raideur musculaire ou flexibilité céréeuse des membres, on voit le malade sourire ou avoir un petit accès d'agitation; ce qui démontre qu'il est sous le coup d'hallucinations et de conceptions délirantes nombreuses : ces dernières seraient, d'après les observations que j'ai consultées, le plus souvent de nature mystique, mégalomaniaque ou érotique.

Cette période-là a duré chez K... neuf mois, après quoi vous le voyez passer par une série d'accès d'agitation et de dépression avec confusion dans les idées, hallucinations de toute sorte, verbigération, puis mutisme, immobilité et flexibilité céréeuse des membres. C'est dire que, pendant cette quatrième période, le catatonique répète tantôt la deuxième, tantôt la troisième phase de sa maladie. Puis, quand cela a duré un certain temps plus ou moins long (deux ans et demi chez K...), commence la cinquième période, terminale celle-là, avec l'affaiblissement obligatoire des facultés intellectuelles.

Telle est la *marche* de la catatonie dans les cas complets. Mais il s'en faut que les choses se passent ainsi dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour sous le nom de catatonie. Il y en a où le malade s'arrête à la troisième période, voire même à la première, après quoi il guérit. Alors, dirons-nous, si ce n'est pas cette évolution cyclique qui est obligatoire pour la catatonie, qu'est-ce qui permet le *diagnostic?* C'est tout simplement, d'après Kahlbaum et ses partisans, la constatation d'un des symptômes que nous avons indiqués plus haut : l'attitude pathétique, le mutisme avec raideur, la verbigération, la tendance à l'opposition, les gestes stéréotypés...

Le *pronostic* est variable, car à côté des malades qui tombent dans la démence comme K..., il y en a d'autres qui guérissent.

Les catatoniques déments meurent très souvent de la tuberculose pulmonaire.

Dans ses sept *autopsies* de catatoniques, M. Kahlbaum a trouvé de la stase sanguine très prononcée dans tous les vaisseaux cérébraux, avec infiltration séreuse de la substance cérébrale et formation d'un exsudat sur l'arachnoïde, surtout au niveau de la base ; dans les cas de catatonie ancienne, on trouve de l'atrophie cérébrale.

De ce qui précède se dégage la définition suivante :

La catatonie de M. Kahlbaum est une maladie mentale à évolution cyclique dans laquelle on observe la succession des états psychiques suivants : *dépression mélanco-*

lique, *excitation maniaque*, *stupeur*, *folie intermittente et démence*, — états psychiques dont un ou plusieurs peuvent manquer — et qui s'accompagnent à titre obligatoire de troubles d'ordre moteur se manifestant par des phénomènes de raideur musculaire ou de flexibilité céréeuse.

Jugée au point de vue de la pathologie mentale française, l'observation que nous venons d'analyser est remarquable par l'extrême diversité, par le polymorphisme des états psychiques par lesquels passa K... La division de cette affection en cinq périodes nous semble tout à fait arbitraire : en effet, nous voyons le malade avoir des accès d'excitation au cours de la période de stupeur et des accès de stupeur au cours de l'excitation. L'évolution soit disant cyclique de ce cas se réduit à ce que nous appelons : *alternatives de dépression et d'excitation*. A cela sont venues s'ajouter des *hallucinations*, des *conceptions délirantes* sans aucune espèce de systématisation et, au bout de trois ans, tout s'est terminé par la *démence*. D'un autre côté, les symptômes tels que la la *verbigération*, la *flexibilité céréeuse*, le *mutisme* qui apparaissaient tantôt pendant une période d'excitation, tantôt au cours d'une phase de dépression, n'ont rien de spécifique et, comme nous le démontrerons tout à l'heure, peuvent se rencontrer dans une foule d'affections. Le tableau clinique est donc constitué ici par un ensemble aussi polymorphe que confus. Des états semblables sont, comme vous le savez, excessivement fréquents chez les

débiles intellectuels dont K... fait d'ailleurs partie pour un motif très grave : il appartient à une famille où on compte de nombreux aliénés sur les deux lignes, paternelle et maternelle, jusqu'à la quatrième génération. Sa débilité native s'est trouvée accentuée par les excès d'onanisme et par la fièvre typhoïde qu'il a eue à l'âge de 23 ans, deux mois avant le début de son affection mentale. C'est donc pour nous un cas de dégénérescence mentale avec alternatives de dépression et d'excitation, conceptions délirantes, hallucinations, phénomènes cataleptiformes, verbigération et définitivement affaiblissement précoce des facultés intellectuelles.

J'ai choisi avec intention une observation très complète, publiée par M. Naoumoff il n'y a pas longtemps, mais il faut dire que la plupart des observations de M. Kahlbaum sont loin de ressembler à celles que je viens d'exposer. Je pourrais vous en citer un grand nombre intitulées également « catatonie » où l'on ne retrouve ni les cinq phases soit disant caractéristiques ni les phénomènes convulsifs toniques.

Prenons par exemple le 8e cas du mémoire de M. Kahlbaum.

OBSERVATION II. (M. Kahlbaum). — *Mélancolie sans délire, apathie, refus d'aliment. Guérison.*

La nommée Nina J... est âgée de 24 ans. Orpheline de bonne heure, elle accompagna sa vieille tante dans des voyages à travers l'Italie, la France, l'Angleterre.

En septembre 1862, elle rentra en Allemagne, en état d'excitation maniaque. Cinq mois après elle était complètement guérie, elle rentra chez elle, s'occupa du ménage avec sa sœur, et fut parfaitement bien portante pendant deux ans.

Survient alors un évènement grave dans sa vie : un officier qu'elle aimait meurt subitement. En novembre 1864, elle devint une véritable mélancolique. Toute la journée, elle restait sur sa chaise longue et ne causait avec sa sœur que lorsqu'elle était priée de répondre à ses questions. Elle n'avait pas de conceptions délirantes, en apparence du moins, mais elle était excessivement déprimée, apathique et dépourvue de toute énergie. Son attitude était molle, paresseuse et l'expression de son visage vaguement rêveuse. Quelque temps après, elle commença à refuser les aliments, bien qu'elle se livrât encore de temps à autre à quelques travaux manuels.

Dans la maison de santé, elle fut trouvée dans un état de moyenne dépression. Immobile, la tête légèrement baissée, le regard fixé dans le lointain, elle ne disait pas un mot et ne réagissait presque pas aux excitations sensorielles ou psychiques. Seulement, quand une personne s'éloignait d'elle, elle la regardait à la dérobée. Dans le courant du mois, elle ne répondit qu'une seule fois à la question : « Allez vous mieux ? » et par ces mots : « es ist in Tilsitt » (cela se trouve à Tilsitt).

Le mois suivant, elle redevint plus animée, puis son état empira de nouveau à cause de l'exacerbation des différentes hallucinations. Enfin, en Juillet, elle sortit considérablement améliorée (1).

Vous chercherez en vain dans cette observation les cinq périodes ou un quelconque des nombreux troubles

(1) *Kahlbaum*. Loc. cit., p. 200.

moteurs donnés comme pathognomoniques de la catatonie.

Mais pour que vous ne croyiez pas que c'est une observation unique sur les 22 cas de M. Kahlbaum, je vous citerai en entier l'observation n° 9 de son mémoire.

OBSERVATION III (M. Kahlbaum). — *Mélancolie avec stupeur. Durée 4 mois. Guérison.*

La nommée R..., domestique, âgée de 21 ans, ne présente rien d'anormal, ni au point de vue physique, ni au point de vue psychique jusqu'au moment où elle fut obligée de dormir dans le même lit qu'une épileptique. Bientôt après, elle quita son service sans prévenir ses maîtres et alla retrouver sa mère chez qui elle arriva en plein état de mélancolie avec stupeur. Elle restait assise tranquillement à la même place, ne faisant absolument rien et ne mangeant que lorsqu'on l'y forçait. Le plus souvent, elle ne prononçait pas une parole ; cependant une fois elle répondit à une question posée en disant qu'elle serait bientôt déchirée par le diable. Si on insistait pour la faire travailler, elle répétait les mêmes mots et commençait à injurier tout le monde. Elle répondait à toutes les questions du médecin : « Je ne sais pas. »

En mars 1861, elle fut reçue à l'hôpital où elle présenta de la dépression et du mutisme complet. Pendant 4 mois, elle réagit à toutes les excitations uniquement par le rire. Puis son état s'améliora rapidement et à la fin du cinquième mois, elle sortit guérie (1).

(1) *Kahlbaum.* Loc. cit., p. 210.

Tout se borne dans ces deux observations à un état de dépression, d'atonie avec tendance au mutisme, à l'immobilité. Ce sont là des cas banals de dépression mélancolique survenue à la suite d'une vive émotion chez des sujets probablement prédisposés.

Dans quelques autres observations de M. Kahlbaum, il s'agit manifestement d'accidents de nature hystérique. Ainsi, dans son 2e cas, il s'agit de convulsions toniques avec opisthotonos accompagnant les attaques ; dans son 3e, d'attaques convulsives suivies de rires et de larmes ; dans son 4e, il existe une anesthésie très marquée de la muqueuse pharyngienne.

Des observations de ce genre ne sont pas faites pour convaincre de l'existence de la catatonie en tant qu'entité morbide. Mais ce qui a mis le comble au doute, c'est le travail de M. Neisser (1), chaud partisan de M. Kahlbaum, qui était destiné à défendre la découverte du maître fortement attaquée. Comme dans le mémoire de M. Kahlbaum, on trouve dans ce travail des observations de toute sorte. Entre autres, notons-y trois cas d'hystérie, le 4e avec des attaques en arc de cercle ; le 10e avec des phénomènes de somnambulisme hystérique et le 12e avec toux et vomissements de même nature. Mais il y a surtout là une observation que je dois vous citer parce qu'elle constitue un véritable exemple, non pas de la catatonie, comme vous pourriez le croire, mais tout simplement de la paralysie générale.

(1) *Neisser*. Ueber die Katatonie. Stuttgart. 1887.

OBSERVATION IV. (M. Neisser). — *Affaiblissement progressif de la mémoire. Idées de grandeur. Inégalité pupillaire. Écriture tremblante. Verbigération. Autopsie : adhérence de la pie-mère.*

Marie Koupka, célibataire, 32 ans, couturière, sans antécédents héréditaires dignes d'êtres notés.

Antécédents personnels : pas d'indications à propos de la syphilis. Elle était sujette à des poussées de sang vers la tête et quand elle passait d'une chambre froide à une autre dont la température était plus élevée, elle perdait facilement connaissance ; le même accident survenait à la vue du sang. Au cours de ces dernières années, elle avait de temps à autre des accès de toux qui ne cédaient à aucun traitement.

Vers le milieu de mars 1886 se déclare chez la malade un affaiblissement de la mémoire, surtout pour les évènements récents ; elle devient en même temps indifférente à tout, restant assise des heures sans s'occuper de rien ; parfois, on la voyait rire sans motifs et à chaque instant elle manifestait l'intention de sortir sans savoir dans quel but. Puis elle cessa tout travail et dormit la plus grande partie de la journée. Interrogée par un médecin, le 3 avril, elle raconta que les anges et Dieu lui apparaissaient souvent et lui disaient que les hommes la couvraient de calomnies et l'accusaient de vols nombreux ; Dieu lui avait promis en récompense de la rendre très riche et très noble.

Le médecin formula alors le diagnostic suivant : « Wahnsinn à terminaison douteuse » et envoya la malade dans un asile d'aliénés, où elle entra le 20 avril. Là on constata ce qui suit : la malade est calme ; elle garde toujours la même place, son regard est immobile, fixé sur un point du plancher ; elle ne prononce pas un

mot; la tête est un peu inclinée, les bras sont pendants. Lorsqu'on essaie de redresser la tête ou de soulever les bras, on constate que les muscles du cou et de l'épaule présentent un certain degré de raideur. Le visage offre une expression indifférente, stupide; par moments elle sourit. La pupille droite est deux fois plus large que la gauche; elle ne réagit ni à la lumière ni à l'accommodation, tandis que la pupille gauche a ses deux réflexes conservés. Le pli naso-labial droit est plus prononcé que le gauche, la langue est déviée *à droite* et, quand la malade sourit, l'angle droit de la bouche se soulève bien plus que l'angle gauche. La démarche est traînante, mais sans phénomènes ataxiques; les réflexes rotuliens sont nettement prononcés. La force dynamométrique des deux mains est au-dessous de la normale. L'écriture est modifiée : elle est tremblante, certaines lettres et certaines syllabes sont oubliées.

Son interrogatoire ne donne pas toujours les mêmes résultats : tantôt, lorsqu'on lui pose des questions simples, elle répond régulièrement et donne des renseignements exacts sur la marche de sa maladie; tantôt, elle ne répond que par « oui, non ». Elle se plaint souvent de maux de tête intenses. Elle est gâteuse. Les mouvements sont lents, comme automatiques; de même, sa parole est traînante. De temps à autre, la malade se met à rire sans motif. Son affaiblissement intellectuel fait des progrès; interrogée le 20 juin, par exemple, elle ne pouvait plus distinguer sa main droite de sa main gauche. Six semaines après, au commencement d'août, la malade déclame sur un ton pathétique en scandant certains passages : « J'étais l'enfant unique de parents riches. Oh! Monsieur le Docteur, je n'ai qu'un père unique; c'est un bon vieux père. Ah! Monsieur le Docteur, avez-vous connu mon mari? C'était le docteur Berguer. C'était un médecin, un cher médecin.

Il a été mon mari; nous vivions infiniment heureux; mon cher, mon unique mari. Il a été médecin, l'enfant unique de parents riches; mon père est commerçant, ô Monsieur le Docteur, oui, il est commerçant, il habite Berlin, etc... » Et elle continue durant des heures à déclamer les mêmes phrases.

Pendant tout le mois d'août, elle est dans un état d'excitation permanente. De temps à autre, elle a des secousses convulsives dans les membres. Le 19 août, on note ceci : l'excitation continue; la malade est assise par terre et fait le moulinet avec ses bras; les mouvements des membres rappellent les convulsions cloniques. Elle parle continuellement; ses phrases sont saccadées; c'est toujours : « J'étais la fille unique, le vieux père riche, etc... » De temps à autre, elle ajoute de nouvelles phrases : « la maison a brûlé, j'ai vu la maison brûler, avez-vous vu une maison brûlée. » Elle semble par moment avoir des hallucinations auditives; en effet, de temps à autre, elle cesse subitement son bavardage, a l'air d'écouter et demande ensuite : « Avez-vous entendu l'appel, je l'entends. » Elle paraît avoir de la fièvre, la peau est chaude, le pouls accéléré. Elle ne peut plus avaler, même de l'eau.

Les jours suivants, M. Neisser constata chez la malade les signes d'une pneumonie droite; l'agitation motrice et la déclamation pathétique des mêmes phrases continuèrent jusqu'à la mort, survenue le 25 août.

A l'*autopsie*, on nota que les vaisseaux veineux étaient gorgés de sang, que la pie-mère était adhérente à la substance corticale au niveau du lobe frontal gauche et que les ventricules latéraux contenaient une quantité considérable d'un liquide légèrement louche. L'examen histologique n'a pas été fait.

Voilà donc une observation que M. Neisser nous cite

comme un exemple de la catatonie, parce que la malade a présenté, à un moment donné de son excitation, de la verbigération, de la déclamation pathétique et, au début, un peu de raideur dans les muscles des épaules et des bras. Or, ce cas de M. Neisser est trop caractéristique pour prêter à la moindre confusion, et nous sommes vraiment étonnés de l'interprétation que lui donne son auteur. Dans toutes les classifications françaises, allemandes, italiennes, russes, etc., ce cas n'a qu'une place, ne répond qu'à une entité morbide, la seule peut-être sur laquelle l'universalité des aliénistes soit d'accord, la paralysie générale. En effet, dès le début de son affection, Marie K..., âgée de 32 ans, présente deux séries de symptômes pathognomoniques, les uns psychiques, les autres physiques; elle a de l'affaiblissement de la mémoire, de l'apathie générale et des conceptions délirantes de grandeur, puisque Dieu lui a promis de la rendre riche et noble; en même temps, elle a de l'inégalité pupillaire avec abolition des réflexes lumineux et accommodateurs de la pupille droite, de l'affaiblissement musculaire généralisé, la démarche et la parole traînantes. L'affection évolue rapidement et, au bout de six mois, K... est enlevée par une pneumonie. L'autopsie révèle des lésions macroscopiques qui, elles aussi, sont celles de la paralysie générale.

Vraiment, les défenseurs de la folie catatonique ont mal servi la cause de Kahlbaum en publiant des observations aussi peu démonstratives. Ils sont partis de ce

principe qu'il suffit de constater dans un cas quelconque la présence d'un seul symptôme tel que verbigération, catalepsie ou stupeur, pour affirmer le diagnostic de catatonie, sans tenir le moindre compte de tous les autres symptômes et même des résultats anatomo-pathologiques.

Aussi, dès la publication du mémoire de Kahlbaum, les protestations ne se sont pas fait attendre. En 1876, Westphal (1) déclara au Congrès de Hambourg que les symptômes présentés par les malades de Kahlbaum ne sont nullement pathognomoniques et qu'ils peuvent s'observer dans une foule de formes cliniques. L'année suivante Tigges (2) se prononça de même au Congrès de Nuremberg. Vient ensuite Mendel qui, en 1880, au Congrès d'Eisenach, a vivement protesté contre la catatonie et, d'une façon générale, contre l'introduction de nouveaux termes en aliénation mentale. Dans la troisième édition de son Traité, Krafft-Ebing (3) ne reconnaît pas non plus à la catatonie une autonomie nosologique, mais il décrit des cas semblables à ceux de Kahlbaum comme des exemples de folie circulaire où l'excitation maniaque alterne avec la stupeur.

En France, la question des phénomènes catatoniques a été traitée incidemment par divers auteurs : Axenfeld,

(1) *Westphal,* Ueber die Verrücktheit. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34, p. 252

(2) *Tigges,* Kahlbaum's Catatonie. Allg. Zeitschr. f. Psychiât. Bd. 34, p. 753.

(3) *Krafft-Ebing*. Lehrbuch der Psych. 3e édition. Stuttgart, 1880.

Lasègue, Marcé, Charcot, Cullerre, Falret, Grasset, Hammond, Joffroy, Gilbert Ballet, Ritti, Jules Voisin, Paul Lemaître. Elle a été tout particulièrement examinée en 1888, par MM. Séglas et Chaslin (1) qui ne lui reconnaissent pas non plus la valeur d'une entité morbide ; pour eux, la catatonie est une forme de stupeur idiopathique ou symptomatique se développant sur un terrain de profonde dégénérescence mentale et particulièrement sur le terrain de l'hystérie.

En Russie, Popoff considère aussi la catatonie comme une des manifestations hystériques.

Enfin, un important mémoire de Serbsky (2) publié en 1890 conclut aussi qu'aucun symptôme de la catatonie pris en particulier, ni l'ensemble de ces symptômes ne peuvent servir à l'établissement d'une forme nouvelle.

Alors, puisque la catatonie n'existe pas en tant qu'entité morbide, nous avons maintenant à examiner dans quelles affections on peut observer les symptômes que Kahlbaum considère comme pathognomoniques.

La *dépression motrice* de la troisième période n'a rien de caractéristique et vous vous rappelez qu'en vous parlant de la démence primaire curable, je vous ai démontré que ce symptôme pouvait s'observer dans un grand nombre de formes mentales fonctionnelles et

(1) *Séglas et Chaslin.* La catatonie. Arch. de Neurol. T. XV XVI 1888.

(2) *Serbsky.* Les troubles psychiques décrits sous le nom de katatonie. Moscou. 1890.

organiques. MM. Gilbert Ballet (1), Paul Lemaître (2) en citent plusieurs exemples démonstratifs.

Les *phénomènes convulsifs* peuvent exister dans toutes les psychoses liées aux névroses (3) et aux intoxications, de même qu'on le voit couramment dans les lésions organiques du cerveau.

L'*état de raideur* musculaire est un symptôme fréquent dans tous les états dépressifs et peut s'observer aussi bien dans un cas de dépression mélancolique chez un dégénéré que chez un paralytique général.

La *catalepsie* s'observe dans les états psychiques les plus divers (4), de même qu'elle est fréquente dans l'hystérie (5), l'épilepsie (6), les affections organiques du cerveau.

Les *attitudes et les mouvements stéréotypés* sont souvent

(1) *G.Ballet.* Traité de médecine, 1894, t. VI, Art. Psychoses.

(2) *P. Lemaître.* Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales. Th. Paris 1895.

(3) *Joffroy.* De la folie choréïque. Semaine médicale, février 1893.

(4) *Paul Garnier.* Etat cataleptique dans le délire alcoolique. La folie à Paris. 1890. p. 138.

Jules Voisin. Mélancolie avec stupeur à forme cataleptique. Arch. de neurologie. 1886.

Même auteur. Mélancolie stupide cataleptiforme. Gazette des hôpitaux juillet 1892.

Lagardelle Catalepsie consécutive à une manie aiguë. Ann. médico-psychol. 1878.

Toulouse. Stupeur cataleptiforme dans le délire alcoolique aigu. Tribune médicale 1894.

(5) *Chaume.* De la catalepsie. Th. Paris 1871. n° 74.

(6) *Lacassagne.* Catalepsie passagère, brusque, avec perte de conscience et amnésie *in.* Mémoires de l'Académie de médecine 1868; *Hammond.* Alternatives d'attaques de catalepsie et d'épilepsie *in.* Traité des maladies du système nerveux 1879, p. 886.

la conséquence des mouvements par obsession si communs chez les dégénérés ; à la longue, on voit, en effet, comme dans un cas que j'ai communiqué à la Société médico-psychologique (1), ces mouvements devenir automatiques et uniformes ; ce phénomène se rencontre aussi chez des malades atteints de démence secondaire.

La *verbigération* qui consiste, comme nous avons vu, dans une répétition des mêmes phrases, mots, syllabes ou simplement sons inarticulés sur le ton déclamatoire d'un discours sensé, est le résultat d'un besoin irrésistible de parler chez des individus pauvres en représentations mentales ; chaque fois qu'elle se produit, elle signifie un affaiblissement passager ou permanent des facultés intellectuelles ; aussi peut-on l'observer dans les cas de démence primaire ou secondaire, de paralysie générale et dans toutes les formes morbides où apparaît le symptôme de la confusion mentale.

Le *mutisme* est un symptôme très fréquent dans l'aliénation mentale. On le rencontre dans la mélancolie, dans les troubles psychiques d'origine dégénérative, dans l'hystérie et les psychoses liées à cette névrose, dans les lésions cérébrales organiques congénitales ou acquises.

La *tendance à la négation et à l'opposition*, le refus d'aliments sont très souvent en rapport avec des troubles sensoriels et des conceptions délirantes consécutives et s'observent aussi bien dans la mélancolie pure que dans

(1) *Roubinovitch.* A propos d'un cas de maladie de tics convulsifs avec mouvements par obsession. Ann. Méd. psych. 1893.

la dépression mélancolique des dégénérés, aussi bien chez certains délirants systématisés que chez certains déments.

Vous le voyez, chacun de ces symptômes pris en particulier n'a rien de pathognomonique et quand même on trouve plusieurs de ces symptômes réunis chez le même malade, leur association est purement accidentelle et ne constitue nullement un syndrôme basé sur une donnée clinique, physiologique ou anatomo-pathologique déterminée.

Quant à la prétendue évolution cyclique, nous avons vu qu'elle n'existe pas dans les observations de Kahlbaum lui-même.

De sorte qu'en définitive nous pouvons résumer cette étude en disant que la catatonie telle que l'a décrite Kahlbaum en 1868 et en 1874 n'existe pas en tant qu'entité morbide, que les symptômes indiqués par cet auteur comme pathognomoniques de cette affection s'observent dans un grand nombre d'affections mentales et que les observations publiées sous ce nom correspondent aux formes morbides les plus disparates, comme : la mélancolie simple, la mélancolie avec stupeur, la dépression mélancolique chez les dégénérés, le délire de négation de Cotard, l'excitation maniaque avec hallucinations et confusion mentale, la débilité mentale avec alternatives d'excitation et de dépression, les psychoses liées à l'hystérie, à l'épilepsie, à la chorée, à l'alcoolisme, à la paralysie générale, à la démence secondaire, etc.

NEUVIÈME CONFÉRENCE

PARANOIA

SOMMAIRE : Définition. Synonymes. Sa place dans la classification de M. Krafft-Ebing.

Étiologie. — Elle serait toujours une affection dégénérative

Symptomatologie. — Apparition, en premier lieu, des conceptions délirantes. Différence entre la paranoia et les autres variétés syndromiques : délire mélancolique, maniaque, démence primaire curable, Wahnsinn. Mécanisme de la production des conceptions délirantes. Paralogique. Illusions de la mémoire. Pseudo-réminiscences. Illusions et hallucinations. Variété des conceptions délirantes : persécution ou grandeur. Fréquence plus grande des idées de persécution. Systématisation des conceptions délirantes, variant avec le niveau intellectuel du malade. Prédominance des hallucinations auditives. Hallucinations psycho-motrices. État des facultés intellectuelles en général. Dépression et excitation. Actes. Attitude extérieure. Réticences. État physique.

Marche. Intervalles lucides. Rémissions durables. Dissimulation. Affections mentales intercurrentes.

Terminaison. Rareté de la démence finale.

Différentes divisions de la paranoia.

MESSIEURS,

C'est encore en nous faisant guider par M. Krafft-Ebing que nous étudierons aujourd'hui la *Paranoia*, affection mentale caractérisée par un délire systématisé primitif.

Le mot *paranoia* pris au sens étymologique, veut dire: penser de travers. Le terme n'a donc en lui-même rien de précis, mais sa signification clinique ressortira nettement tout à l'heure, je l'espère du moins (1).

Dans la classification de M. Krafft-Ebing, la paranoia figure parmi les psychoses fonctionnelles. Vous savez qu'il comprend sous ce nom des affections mentales qui atteignent uniquement des cerveaux complètement, intégralement développés ; vous vous rappelez aussi la subdivision un peu subtile de ces vésanies selon qu'elles frappent un cerveau résistant ou un cerveau faible, ou comme on dit en Allemagne, un cerveau valide ou un cerveau invalide. Les psychoses qui frappent un cerveau complètement développé et valide constituent, comme vous le savez, les psycho-névroses ; celles qui frappent un cerveau complètement développé mais invalide constituent les dégénérescences psychiques. C'est parmi ces dernières que figure la *paranoia*.

(1) La paranoia de M. Krafft-Ebing correspond à la *primäre Verrücktheit* de Griesinger, à la *paranoia universalis* de Arndt, à la *chronischer Wahnsinn* de Schüle, à la Verrücktheit ou Paranoia de Kraepelin.

A ce propos, il est utile de nous rappeler les caractères généraux des dégénérescences psychiques.

Ce sont des états morbides remarquables par l'absence de toute régularité dans leur évolution ou dans leur symptomatologie. Ils se manifestent chez des individus présentant le plus souvent tous les signes d'un état psychopatique et en particulier d'un état de faiblesse irritable, avec des réactions psychiques tantôt très fortes, tantôt nulles. Les individus frappés sont des héréditaires le plus souvent. Quelquefois, à défaut d'hérédité, on trouve dans les antécédents personnels des affections cérébrales aiguës de l'enfance, telles que la méningite, des maladies infectieuses, des traumatismes crâniens, des excès d'onanisme. Sous l'influence de toutes ces causes, le développement du cerveau, sans subir un arrêt proprement dit, prend seulement une direction anormale. Cette déviation dans le développement qui est l'expression physiologique de la prédisposition, se manifeste chez les dégénérés par une foule de phénomènes que vous connaissez et qui sont d'ordres les plus différents : psychique, moteur, sensitif, vasomoteur, végétatif, anatomique. Dans la sphère des fonctions psychiques supérieures, ces phénomènes se manifestent par l'absence d'équilibre des manifestations intellectuelles, par la faiblesse de la volonté, par l'absence des sentiments moraux, par une direction paradoxale, excentrique des idées, par la prédominance excessive de l'imagination, par une émotivité extrême, par la faci-

lité avec laquelle des conceptions délirantes subites germent et disparaissent. Ils sont souvent aussi atteints des troubles originaires d'ordre moteur tels que le nystagmus, le strabisme, le bégaiement, les tics convulsifs, etc. L'équilibre instable qui est le fond de leur nature, se manifeste aussi dans les fonctions vasomotrices et c'est très souvent que, d'après M. Krafft-Ebing, on observerait chez eux l'apparition de rougeurs et de pâleurs subites de la face, des palpitations, des sensations d'angoisse précordiale, etc. L'irrégularité du fonctionnement du système nerveux central atteindrait jusqu'aux fonctions végétatives de l'organisme en se manifestant par les différents troubles de nutrition, et serait aussi la cause des malformations anatomiques si fréquentes chez les individus de ce genre. Aussi, avec un système nerveux si déséquilibré, ces malades délirent-ils à propos de la moindre cause physique, morale ou physiologique. On voit que M. Krafft-Ebing comprend la dégénérescence psychique de la même façon que Morel (1), dont il reproduit, en somme, la doctrine.

La paranoia serait donc, toujours d'après M. Krafft-Ebing, une affection dégénérative (2).

C'est là un point *d'étiologie* sur lequel des discussions très nombreuses ont eu lieu en Allemagne. M. Mendel, notamment, prétendait que les délires systématisés

(1) *Morel*. Traité des dégénérescences de l'espèce humaine. Paris, Baillière 1857.

(2) *Krafft-Ebing*. Op., Cit. p. 531.

primitifs peuvent se développer chez des individus non entachés d'hérédité (1). A quoi M. Krafft-Ebing a répondu par des preuves les unes d'ordre statistique, les autres d'ordre clinique. Sur 500 cas de paranoia, M. Krafft-Ebing déclare n'avoir jamais observé de sujets non prédisposés ; dans la grande majorité des cas, la prédisposition était héréditaire, mais dans certains cas, elle était acquise (2). Il s'appuie aussi sur les recherches de MM. Tanzi et Riva qui ont noté l'hérédité dans 77 pour 100, la prédisposition acquise dans 9,5 pour 100 ; dans 14 pour 100 de leurs cas de paranoia les renseignements manquaient (3). Mais, à côté de ces preuves statistiques, M. Krafft-Ebing donne des preuves d'une importance plus grande qui résultent de l'étude des premières manifestations du délire systématisé primitif. On constate alors, dit-il, que dès leur tendre enfance les individus étaient déjà candidats à la paranoia et que cette dernière n'est que l'épanouissement de leur état mental habituel. On voit, par exemple, qu'un délirant systématisé *persécuté* a toujours été un homme méfiant, aimant la solitude, qu'un délirant systématisé *processif* a toujours été un égoïste, un bizarre, se faisant les plus grandes illusions sur ses droits, qu'un fou systématisé *mystique* a toujours été un individu se laissant facilement aller aux excentricités de la dévotion (4).

(1) *Mendel.* Allg Zeitschr. f. Psych. 37, p 249.
(2) *Krafft-Ebing.* Op. cit. p. 535.
(3) *Tanzi e Riva.* Rivista sperim. X. F. 3.
(4) *Krafft-Ebing.* Op. cit. p. 535.

Quand on examine ces malades à une époque où ils sont encore en apparence intellectuellement sains, on trouve chez eux le plus souvent de nombreux stigmates de la dégénérescence psychique : un caractère rêveur, cachotier, romanesque, une mobilité d'humeurs sans motif, une tendance à attacher une importance extraordinaire aux rêves, une impressionabilité excessive pour toutes les choses vues ou lues, etc. Souvent, chez eux, toutes ces impressions, tous ces rêves pénètrent profondément dans la sphère psychique inconsciente et réapparaissent de temps à autre, à l'occasion d'une circonstance quelconque, (affection fébrile ou puberté), sous forme d'obsessions, d'impulsions ou de conceptions délirantes passagères. Puis, ces manifestations rentrent de nouveau dans leur cachette, dans cette sphère psychique inconsciente qui joue un rôle si important dans la genèse de bien des délires ; enfin, elles ressortent un jour, sous forme de conceptions délirantes stables, prêtes à constituer une paranoia. Il est certain que le seul fait d'accepter, d'associer avec ses souvenirs et de systématiser, sans aucune lutte, sans réflexion, sans contrôle tout ce qui remonte d'absurde de la sphère inconsciente, toutes ces hypothèses sur l'influence du spiritisme, de la sorcellerie, de l'électricité pour expliquer tout ce qu'on éprouve de bizarre, prouve déjà assez combien l'organisation cérébrale du sujet est faible. De même, la facilité avec laquelle le malade trouve

des rapports intimes entre les circonstances extérieures fortuites et sa propre personnalité prouve aussi en faveur de sa débilité mentale originelle. Que dire, par exemple, de cette délirante persécutée que cite M. Krafft-Ebing, qui en lisant l'annonce de l'arrivée dans sa ville d'une sage-femme conclut aussitôt que cette annonce a été imprimée pour faire croire qu'elle est enceinte ? Elle a évidemment une logique à elle qui consiste à tirer des conclusions en se fondant sur de fausses prémisses et des conclusions qui acquièrent aussitôt la force d'un fait absolument démontré. C'est cette logique spéciale aux délirants systématisés primitifs que les auteurs allemands appellent de la *paralogique* et qui constitue une des preuves de la faiblesse originelle des facultés intellectuelles de cette catégorie de malades.

Dans la paranoia, et ceci est très important pour comprendre la *symptomatologie* de ce syndrôme, les conceptions délirantes ne sont pas la conséquence d'un état cénesthétique antérieur, comme dans la mélancolie ou dans la manie ; elles sont premières en date. Une fois apparues, elles se développent méthodiquement par les procédés ordinaires de l'association desidées.

C'est là une différence capitale entre la paranoia et la mélancolie ou la manie.

La paranoia ne ressemble pas non plus à la démence primaire curable dans laquelle le trouble primitif est, il est vrai, intellectuel aussi, mais il se manifeste avant

tout par un affaiblissement des facultés, une démence qui ne s'observe pas dans la paranoia.

Cette dernière diffère également du Wahnsinn de Krafft-Ebing puisque dans celui-ci les conceptions délirantes quoique primitives aussi sont cependant nombreuses, incohérentes, confuses, nullement systématisées, en rapport souvent avec les hallucinations. Dans l'affection qui nous occupe les conceptions délirantes qui sont les premières en date, prennent naissance par plusieurs procédés. Le plus souvent ces malades, grâce au triste don de la logique paradoxale ou de la *paralogique* dont je vous ai parlé, ont une tendance naturelle à inventer des idées bizarres et à tirer de ces idées de fausses conclusions. C'est là une des sources principales de leurs conceptions délirantes. Une autre source est constituée par des erreurs de souvenir, par des *illusions de la mémoire* qui font que le malade confond des choses vues dans un rêve avec les évènements de la vie réelle ; quelquefois, il invente des souvenirs qui ne sont même pas fondés sur des rêves et son raisonnement se base alors sur de véritables *pseudo-réminiscences*.

De même, à un moment donné interviennent des troubles sensoriels, les *illusions* et les *hallucinations* qui jouent un certain rôle dans cette affection ; cependant, elles ne sont nullement indispensables pour la constitution d'un délire systématisé primitif. M. Mendel a proposé d'appeler *paranoia simple* les cas sans hallucinations et les autres *paranoia hallucinatoires*. M. Kraepelin admet

une division analogue, sur laquelle nous reviendrons dans un instant. Il ne faut pas confondre cette paranoia hallucinatoire avec le Wahnsinn de M. Krafft-Ebing dans lequel, comme vous le savez, les hallucinations occupent le premier plan du tableau clinique et où les conceptions délirantes polymorphes sont remarquables par leur confusion, leur incohérence, par l'absence de toute systématisation. Malgré tous ces procédés morbides, le délire du paranoiaque est logique ; c'est parce que malgré ses fausses prémisses, le travail intellectuel se fait chez lui comme dans un cerveau ordinaire, de telle sorte que son appareil intellectuel peut être comparé, jusqu'à un certain point, à un bon moulin à farine qui au lieu de moudre le blé moudrait des cailloux.

Les conceptions délirantes sont très variables dans la paranoia, mais presque toujours elles tournent autour de deux questions : ou le malade se figure qu'il est entouré *d'obstacles* de toute sorte pour arriver au but qu'il veut atteindre, ou, au contraire, il est convaincu d'avoir une *chance* plus ou moins grande dans ses entreprises : dans le premier cas ses idées portent le cachet de la *persécution*, dans l'autre celui de la *grandeur*. Ces conceptions délirantes peuvent toucher à tous les côtés de la vie ; elles peuvent avoir rapport à la situation sociale, à des affaires de famille, à des questions politiques, religieuses, érotiques, etc.

Les idées de persécution sont généralement plus fréquentes que les idées de grandeur. M. Krafft-Ebing

admet d'ailleurs, comme bien des auteurs français, que les deux ordres de conceptions délirantes systématisées peuvent, tantôt succéder l'une à l'autre, tantôt coexister chez le même malade, tantôt enfin exister séparément pendant toute la durée de la paranoia (I).

Mais quelle que soit la nature du délire, il a pour caractère essentiel de ramener tous les évènements du monde extérieur à la personne même du sujet qui devient le *centre* autour duquel tout le monde et toutes les choses gravitent. C'est pourquoi ces malades sont généralement profondément égoïstes, incapables de songer un instant aux intérêts d'autrui et souvent très cruels dans la poursuite de leur but. Il va sans dire que la systématisation du délire dans la paranoia n'est pas la même chez tous les individus. Chez les uns, le délire prend un développement considérable, il devient un système très compliqué, très savamment organisé, chez les autres on ne trouve que de vagues allusions à un délire systématisé. Tout cela dépend de la personnalité même du malade ; un homme cultivé intellectuellement aura une paranoia autrement bien organisée qu'un ouvrier illettré ; un simple débile pourra forger un petit délire un peu mieux systématisé qu'un parfait imbécile.

Je vous ai dit qu'à côté des conceptions délirantes, le malade atteint de paranoia peut présenter des *hallucinations*. Le plus souvent ce sont des hallucinations de l'*ouïe*.

(1) *Krafft-Ebing*. Op. cit., p. 540.

Le malade entend des voix de gens connus ou inconnus. Il les entend de loin ou de près et souvent il est convaincu qu'elles lui sont transmises par des appareils tels que le téléphone par exemple.

A côté de ces hallucinations psycho-sensorielles, il peut présenter des hallucinations verbales psycho-motrices : quelqu'un parle dans sa tête, on lui dicte sa pensée, on lui vole sa pensée ou ses paroles, ses pensées résonnent et quand il réfléchit tout le monde l'entend.

Il peut aussi avoir d'autres hallucinations sensorielles ; le paranoiaque mystique a souvent des hallucinations visuelles, il voit des saints ; le paranoiaque onaniste présente des hallucinations de l'odorat ; les hallucinations du goût, celles de la sensibilité générale, des illusions du sens génital peuvent se rencontrer également.

Quant aux facultés intellectuelles en dehors des conceptions délirantes, elles restent pendant longtemps intègres : les malades raisonnent assez logiquement sur les choses qui n'ont pas de rapport avec leur délire ; beaucoup parmi eux continuent à exercer leurs professions souvent compliquées et difficiles. A la longue cependant l'appareil intellectuel faiblit, à mesure que le cercle d'idées et d'intérêts du malade devient plus étroit.

A titre secondaire les malades peuvent présenter de la *dépression* ou de *l'excitation*. Le plus souvent les paranoiaques sont mécontents, irrités et cela en rapport avec les conceptions délirantes de persécution. De temps en temps chez les délirants systématisés mégalomania-

ques, on peut observer des accès d'expansion gaie.

Les *actes* des paranoiaques sont dans la grande majorité des cas sous la dépendance de leurs conceptions délirantes ou de leurs hallucinations. Quand ce sont les idées de persécution qui forment leur délire, les malades imaginent mille moyens pour se garantir contre les attaques de leurs ennemis : ils s'enferment avec de triples serrures secrètes, font analyser leurs aliments pour s'assurer qu'ils ne contiennent pas de poison, quittent leur appartement pour aller coucher dans des chambres d'hôtels, ou quittent leur ville, leur patrie pour fuir leurs ennemis imaginaires. D'autres paranoiaques ne se contentent pas de se garantir, de se défendre; ils attaquent, écrivent des lettres de menace ou de délation, injurient dans les endroits publics, donnent des coups de couteau ou tirent des coups de revolver.

Souvent l'attitude extérieure du malade atteint de paranoia révèle déjà la forme de son délire.

C'est ainsi que les uns se présentent avec des dessins symboliques, comme la croix sur le front ou la poitrine; ce sont des paranoiaques mystiques. Les autres sont couverts de décorations bizarres, de rubans de toute sorte; ce sont des paranoiaques mégalomaniaques. Beaucoup parmi ces malades prennent une attitude fière. Ils se posent en héros qui souffrent pour la vérité et qui se défendent contre leurs ennemis.

Ils sont souvent réticents quelle que soit la nature de leur délire, ce qui explique pourquoi leur affection reste

pendant très longtemps inaperçue même de ceux qui vivent dans leur intimité.

Les malades de ce genre conservent pendant très longtemps la faculté de réfléchir sur tous leurs actes. Ils sont souvent remarquables par la ruse, par la ténacité qu'ils développent dans l'accomplissement de leur dessein fondé sur une conception délirante. Une fois l'acte décidé, ces malades agissent sans hésiter et quelle que soit la gravité de cet acte, ils ne s'en repentent jamais, convaincus qu'ils sont d'avoir agi de la façon la plus logique.

Dans les fonctions physiques du système nerveux de ces malades, on observe très souvent des névralgies, des phénomènes neurasténiques à la tête, au cœur. Ces accidents sont interprétés comme toutes les autres sensations et deviennent souvent la base d'une paranoia à forme hypochondriaque. Le sommeil est souvent très agité.

La *marche* de la paranoia est, d'après M. Krafft-Ebing, essentiellement chronique. Nous verrons plus tard ce qu'il faut entendre sous le nom de Paranoia aiguë et subaiguë. Lente, insidieuse dans son début, elle est lente aussi dans son évolution. Puis une fois développée, l'affection a une tendance à se cristalliser, tout en présentant de temps en temps de légères exacerbations. On observe quelquefois dans l'évolution de la paranoia une série de phénomènes très importants : au début de la maladie on peut observer des intervalles complète-

ment lucides. Plus tard on peut assister à des rémissions durables avec disparition apparente des conceptions délirantes et des hallucinations. Il faut se garder de prendre ces rémissions pour de la guérison, car la paranoia à un moment donné se remet à évoluer. Il faut également éviter de confondre ces rémissions avec la dissimulation si fréquente chez les malades de cet ordre qui, à la longue, apprennent à se posséder et à jouer le rôle des gens sains d'esprit. Dans certains cas, la paranoia s'interrompt dans sa marche pour céder la place à une autre affection mentale intercurrente, la paralysie générale, à un accès de délire alcoolique, épileptique, à la folie circulaire, à un accès de délire mélancolique, à un accès d'excitation maniaque, etc.

Sur 500 cas de paranoia, M. Krafft-Ebing n'a jamais observé de guérison (1). Le *pronostic* est donc à ce point de vue fort mauvais ; mais quant à l'avenir des facultés intellectuelles, je vous ai dit que la démence est un phénomène très tardif et rare ; elle n'est pas fatale dans la paranoia et, quand elle survient, c'est qu'il y a eu à côté de la paranoia des excès alcooliques invétérés, des excès d'onanisme, de l'artério-sclérose, etc.

On voit donc que sous le nom de paranoia les aliénistes allemands comprennent une affection mentale dégénérative ou non dans laquelle il existe, au premier plan du tableau clinique des conceptions délirantes qui

(1) *Krafft-Ebing*. Op. cit. p. 532.

se sont développées d'une façon primitive, c'est-à-dire sans phase préalable de dépression ou d'excitation, conceptions délirantes qui forment un délire coordonné et systématique.

Cette définition nous prouve que la paranoia comprend tous les délires systématisés quels qu'ils soient décrits dans la pathologie mentale française : Elle comprend les monomanies intellectuelles d'Esquirol (1), le délire de persécution type Lasègue (2), le délire de persécution à base hypocondriaque de Morel (3), le délire de grandeur de Foville (4), les persécutés-persécuteurs de Falret (5), le délire chronique à évolution systématique de Magnan (6), tous les délires systématisés des dégénérés qu'ils soient à évolution rapide ou lente, qu'ils soient passagers ou durables, les progressifs, les amoureux, les filiaux, etc.

La paranoia étant ainsi trop compréhensive, tous les aliénistes allemands l'ont divisée chacun un peu à sa manière. M. Krafft-Ebing la divise d'après l'époque de son apparition en deux formes : *paranoia originaire,* celle qui se forme pendant l'enfance et *paranoia tardive,*

(1) *Esquirol.* Des Maladies mentales, t. II, p. 2 et suiv.

(2) *Lasègue.* Du Délire de la persécution. Archives de médecine. 1852.

(3) *Morel.* Traité des maladies mentales, p. 126, 253, 267, 703, 714.

(4) *Foville* (A). Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. Paris. 1871.

(5) *Falret* in *Pottier.* Etude sur les aliénés persécuteurs. Th. Paris. 1886.

(6) *Magnan.* Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1893, p. 213 et suiv.

celle qui débute à un âge plus ou moins avancé de la vie. La paranoia tardive se subdivise à son tour en quatre variétés selon la nature dominante des conceptions délirantes, en paranoia typique, paranoia quearulens ou processive, paranoia religieuse et paranoia érotique.

M. Kraepelin comprend la paranoia de la même manière; pour lui, c'est aussi une maladie constitutionnelle, incurable, à marche chronique, qui a des variétés dépressives et expansives. Les premières se composent de cinq sous-variétés : paranoia dépressive hallucinatoire, paranoia à forme fantasque, paranoia hypochondriaque, paranoia combinée et paranoia processive. La paranoia fantasque se subdivise en paranoia avec idées d'empoisonnement et de mépris, la paranoia sexuelle, la paranoia jalouse, la paranoia avec idées de persécutions physiques. Dans les formes expansives, M. Kraepelin distingue une paranoia hallucinatoire avec idées de grandeur et une paranoia mégalomaniaque combinée.

D'autres auteurs divisent la paranoia en *chronique, aiguë* et *subaiguë.*

La paranoia *chronique* de ces auteurs comprend les mêmes variétés que la paranoia de M. Krafft-Ebing.

Quant à la paranoia *acuta* et *subacuta,* ces deux formes constituent des variétés dont le tableau clinique ressemble au Wahnsinn de M. Krafft-Ebing; pour être tout à fait exact, on peut dire qu'elles constituent

des formes intermédiaires entre Wahnsinn et la paranoia de cet auteur ; elles empruntent l'élément hallucinatoire à la première et ont un semblant de systématisation qui caractérise la seconde.

DIXIÈME CONFÉRENCE

PARANOIA CHRONIQUE

(Paranoia originaire et Paranoia typique.)

SOMMAIRE : *Paranoia originaria* ou type Sander.

Premier exemple clinique. (M. Krafft-Ebing.) — F..., 26 ans. Fille et sœur d'aliénés. Idées de persécution et de grandeur dès son enfance. Hallucinations auditives. Illusions visuelles. Associations d'idées paralogiques.

Cas analogue de Ball.

Paranoia typique à forme de syndrôme de Lasègue.

Deuxième exemple clinique. (M. Krafft-Ebing). — Fille d'ivrogne. Santé chétive. Misère. Début de l'affection à l'âge de la ménopause. Délire de persécution. Hallucinations psycho-sensorielles diverses. Délire de persécution de Lasègue.

Paranoia typique à forme de délire chronique à évolution systématique.

Troisième exemple clinique (M. Krafft-Ebing). — H..., 27 ans. Nombreux stigmates physiques et psychiques de prédisposition vésanique. Périodes d'inquiétude, de persécution, de mégalomanie, de démence. Hallucinations auditives.

MESSIEURS,

Maintenant que nous avons une idée générale de la paranoia, il nous faut entrer dans l'étude des formes qu'elle présente.

Nous commencerons par celle de la paranoia originaria, c'est-à-dire le délire systématisé dont le début remonte à la plus tendre enfance, et, comme nous avons adopté le principe de faire pivoter chacun de nos entretiens autour d'une observation clinique, nous allons analyser le cas suivant de M. Krafft-Ebing.

OBSERVATION I. (M. Krafft-Ebing.) — *Idées de persécution et de grandeur dès l'enfance. Hallucinations auditives. Illusions visuelles.*

Katsian Victoria, 26 ans, domestique, est conduite à la clinique le 22 octobre 1879.

Antécédents héréditaires. — Elle est la fille d'une aliénée; elle a deux frères également aliénés.

Antécédents personnels. — Encore toute petite fille, elle ne se sentait jamais heureuse chez ses parents. Elle se figurait constamment qu'on la traitait comme une étrangère, comme une enfant trouvée, qu'elle avait à supporter mille chagrins et mille humiliations, qu'on se moquait d'elle et qu'on la persécutait. Souvent elle pleurait durant des heures et se plaignait de son triste sort. Les parents disent que la malade ne ressemblait point à d'autres enfants; elle était taciturne, rêveuse, prenait la mouche à propos de rien, devenait facilement triste, se faisait remarquer par son caractère romanesque.

Dès l'âge de 10 ans commencèrent à se manifester chez elle des idées sur sa haute origine. Elle se croyait bien mieux douée que ses camarades et, souvent, en jouant avec elles, elle laissait échapper des phrases comme celle-ci : « Et que direz-vous, si je deviens un jour impératrice ? » A 12 ans, se figurant toujours que ses parents ne la traitaient pas avec toute la douceur voulue, elle en conclut qu'un mystère quelconque était lié à sa naissance, que ses frères et sœurs étaient jaloux d'elle ; quant aux étrangers, ils se conduisaient avec elle d'une façon de plus en plus bizarre. Tandis que ses parents et certaines personnes cherchaient à l'humilier, d'autres, au contraire, lui donnaient des marques de respect et d'amitié.

Un jour, son maître d'école, en plaisantant, lui dit : « Victoria, tu as le même nom que la reine d'Angleterre. » Cette remarque la frappa. Plus tard, elle entendait souvent une voix qui disait : « Victoria, von England, du, schöne Braut. (Victoria d'Angleterre, toi, belle fiancée.) » Mais, parfois aussi, elle entendait des mots injurieux. Tout cela la faisait réfléchir et donnait libre carrière à ses idées romanesques. A 16 ans, elle est réglée ; en même temps, elle devient chloro-anémique et, de temps à autre, elle a des crises de nerfs. A la même époque, elle prétend que des personnes inconnues la saluent dans la rue comme une reine. Un jour, le portrait de la reine d'Angleterre lui tombe entre les mains : elle l'examine avec une extrême attention et lui trouve une grande ressemblance avec sa propre figure. Elle se demande alors si elle ne serait pas fille de Victoria. Puis, ses conversations avec ses parents ainsi que certaines allusions trouvées par elle dans le sermon du pasteur lui font définitivement conclure qu'elle est bien la fille de la reine d'Angleterre mise en nourrice à trois mois chez des gens qui se disent ses père et mère. De telles conclusions tirées de conversations ou de phrases

diverses s'installaient solidement dans sa tête aussitôt apparues; elle rêvait maintenant sans cesse à son brillant avenir.

A 22 ans, elle devient la maîtresse d'un maître d'école.

Un jour, après avoir eu avec lui une relation intime, elle a fait, dit-elle, un rêve miraculeux : elle caressait l'enfant Jésus, sur ses genoux, comme une mère.

Déjà, à cette époque, en 1874, elle s'imaginait souvent que son amant, le maître d'école, était le prince héritier de la couronne. Cette supposition devint une certitude un jour qu'il lui mit une bague au doigt en regardant alternativement tantôt sa figure, tantôt les portraits des personnages princiers qui étaient suspendus aux murs de la brasserie où ils se trouvaient. A ce moment précis, elle acquit la conviction que son amant ressemblait étonnamment à l'empereur; d'ailleurs, d'autres personnes lui faisaient entendre qu'elle était la fiancée du prince héritier, de même qu'il était évident que l'amant lui-même savait qu'elle était une princesse anglaise.

A partir de 1876, l'affection fit de grands progrès; toutes les impressions venant du monde extérieur étaient de plus en plus défigurées dans sa conscience; la malade s'adonna complètement à ses divagations romanesques et commença à agir en conséquence.

Les mots saisis dans une conversation de gens absolument inconnus d'elle, les annonces des journaux, quelques lignes trouvées sur un morceau de papier ramassé dans la rue, etc... tout cela servait à la malade pour le développement de son délire.

Une impression particulièrement profonde a été produite sur elle par un roman-feuilleton dans lequel elle a reconnu sa propre biographie; il y avait d'abord un chapitre intitulé « Le Passé » qui était sombre et triste.

Mais, comme elle se préparait à lire le chapitre « L'AVENIR », le journal a subitement disparu. C'est ainsi que son avenir est resté entouré de mystère. Elle est convaincue toutefois qu'il sera selon ses rêves.

A propos d'un rêve qu'elle a eu en 1877, elle a acquis la conviction qu'elle ne s'appelait nullement « Katsiane ». Elle a rêvé notamment que son père adoptif était en prison, qu'il était couché sur de la paille, qu'il avait à sa droite un chien — signe de fidélité — et à sa gauche un *chat* — signe de fausseté. Or, chat est en allemand : Katsé; par conséquent, il faut considérer le nom de « Katsian » comme faux.

Une fois, dans une procession de la nuit de Noël, elle regarda longtemps le fils de son patron, nommé Joseph; elle s'imagina alors qu'elle pourrait bien être la Sainte-Vierge. Elle alla ensuite à la cave et, tout en pensant au cher Joseph, elle aperçut une lumière et se dit que c'était le feu de l'amour. Une fois couchée, elle éprouva une béatitude inexprimable : elle sentait dans sa bouche quelque chose de doux et ses mains répandaient des parfums de fleurs; cet état d'extase dura environ une dizaine de minutes.

A son entrée à la Clinique, la malade se présenta dans un costume fantastique : elle était couverte de rubans blancs, rouges, noirs et jaunes, sur sa robe étaient accrochés des portraits de personnages haut placés, ainsi que de petits objets brillants. Son attitude était fière; elle regarda tout le monde avec une bienveillante condescendance en déclarant qu'elle attendait qu'on procédât à son couronnement. Bientôt après, elle dit : « Je suis l'impératrice « Concordia » dont il est question dans le «chant de la cloche» de Schiller. »

Interrogée sur la signification des ornements dont elle se couvre, elle donne les explications suivantes : le petit ruban rouge signifie l'amour, le blanc l'innocence,

le noir uni au jaune l'origine royale. Le portrait d'un enfant enchâssé dans un médaillon en bronze ayant la forme d'une couronne signifie l'enfant Jésus et la couronne impériale. « La couronne, dit-elle, doit avoir la forme d'un globe surmonté d'une croix. Le globe signifie que je possède de grands territoires, la croix que j'ai beaucoup souffert, que la vie a été pour moi une lourde croix à porter. »

Bientôt, le nouveau milieu où elle se trouve est vu dans le sens de son délire. La surveillante est la reine d'Angleterre, le professeur est l'empereur et l'un des médecins assistants est le prince héritier. Elle prend l'une des infirmières pour son ancien amant et ses voisines pour des princes travestis qui se disputent sa main. Elle exige qu'on fasse cesser ce scandale pour qu'on sache enfin qui est homme et qui est femme. La malade reste des journées entières dans son accoutrement bizarre, attendant toujours le couronnement. Elle croit que les ambassadeurs viennent souvent pour s'informer de son état. Parfois, on constate dans ses manières des tendances érotiques, d'autres fois elle s'irrite de n'avoir pas encore terminé son enquête sur la famille régnante à laquelle elle appartient. « Est-ce la maison d'Autriche ? Est-ce la maison d'Angleterre ? »

Au point de vue physique, la malade ne présente rien de particulier. Elle est de taille au-dessus de la moyenne, bien faite. Son regard est rêveur, langoureux. Pas de stigmates physiques de dégénérescence. Les règles sont très abondantes, accompagnées de dysménorrhée. L'attitude extérieure de la malade révèle immédiatement son trouble psychique.

Pendant deux ans, ses conceptions délirantes n'ont pas subi la moindre modification ; cependant, la malade

les manifeste plus rarement et sur un ton un peu moins emphatique (1).

Cette observation nous indique clairement ce que les aliénistes allemands comprennent sous le nom de paranoia originaria, forme qui a été décrite particulièrement par Sander (2). Aussi l'appelle-t-on souvent en Allemagne : paranoia type Sander.

Vous voyez, en somme, que la définition donnée à la paranoia, en général, s'applique à la paranoia originaire ; c'est une affection mentale, celle-là *toujours* dégénérative, dans laquelle existent, avant toute autre chose, des conceptions délirantes systématisées qui ont ceci de spécial qu'elles remontent à la plus tendre enfance.

Jugée au point de vue de la pathologie mentale française, l'observation de M. Krafft-Ebing, intitulée paranoia originaria n'a rien qui soit nouveau pour nous.

Un grand nombre de prédisposés, surtout de la classe des débiles intellectuels, ont une tendance naturelle à faire des associations irrégulières d'idées, d'où proviennent toutes les superstitions, tous les préjugés, etc...

De là résulte souvent aussi leur caractère acariâtre, insociable, vaniteux, etc... qui se manifeste dès l'enfance. Foville, dans son mémoire sur le délire de grandeur (3), Ball, dans ses leçons cliniques, ont donné

(1) *Krafft-Ebing*. Op. cit., p. 545 et suiv.

(2) *Sander*. Griesinger's Arch. f. Psych. I, H. 2.

(3) *Foville*. Op. cit. Obs. IV, VI, XII.

des observations tout à fait analogues, sauf en ceci que les hallucinations sont le plus souvent absentes. Ces auteurs font nettement ressortir comment, petit à petit, le délire mégalomaniaque, d'abord à l'état pour ainsi dire embryonnaire, se généralise et se systématise. Je vous rappellerai notamment le cas d'un nommé Louis dont vous trouverez l'histoire détaillée dans les leçons cliniques de Ball. Ce débile manifestait déjà à l'âge de 8 ans des idées de grandeur en déclarant très sérieusement qu'il voulait être pape. Plus tard, ce délire fit du chemin, si bien qu'à la mort de Pie IX il n'hésita pas à poser sa candidature au trône pontifical (1). Ce Louis appartient à la même catégorie que la Katsian de M. Krafft-Ebing et, pour les deux, notre diagnostic sera le même : « Débilité mentale avec délire mégalomaniaque systématisé. » Tels sont tous les cas décrits sous le nom de paranoia originaria ou paranoia type Sander.

A côté de cette forme de la paranoia chronique, il faut placer la paranoia tardive.

Elle se divise, d'après la nature des conceptions délirantes, en *dépressive,* dans laquelle dominent les idées de persécution, et *expansive,* dans laquelle les idées de grandeur occupent la première place.

La paranoia dépressive comprend la forme *typique* avec deux sous-variétés : la paranoia sexuelle (idées de

(1) *Ball.* Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1890, p. 571 et suiv.

persécution de nature sexuelle et idées de jalousie) et la paranoia quaerulens (délire des processifs).

La paranoia expansive se compose de variétés telles que la paranoia inventoria s. réformatoria, la paranoia religiosa et la paranoia érotica.

Je vous ai déjà indiqué antérieurement la division adoptée par M. Kraepelin.

D'autres aliénistes allemands subdivisent encore la paranoia tardive suivant les conditions étiologiques en paranoia simple, neurasthénique, hystérique, hypochondriaque, alcoolique, etc...

Parmi les formes dépressives, nous étudierons plus particulièrement la paranoia typique qui ressemble, au point de vue de sa marche, tantôt au délire de persécution type Lasègue, tantôt au délire chronique à évolution systématique de M. Magnan.

Voici d'abord une observation de paranoia typique où on retrouve les principaux traits de la maladie de Lasègue.

OBSERVATION II. (Krafft-Ebing.) — *Début de l'affection à l'âge de la ménopause. Délire de persécution type Lasègue.*

A..., célibataire, infirmière, est entrée à la Clinique le 23 avril 1882. Son père était ivrogne; plusieurs de ses frères et sœurs moururent en bas âge de convulsions. Toute la famille s'est fait remarquer par des tendances hypochondriaques; de plus, beaucoup de membres sont des exaltés, des irritables.

Enfant, la malade était très intelligente, mais d'une santé chétive; son caractère était impressionnable, peureux, méfiant; elle aimait à rester seule.

A 10 ans, elle eut une affection fébrile qui s'accompagna de délire.

Les règles s'établirent à 15 ans avec des névralgies multiples à chaque époque.

Dès l'âge de 14 ans, sa mère étant morte, elle dut travailler pour gagner sa vie et celle de ses petits frères et sœurs.

Sa santé bonne jusqu'en 1876, époque à laquelle commencèrent chez elle les premières manifestations de la ménopause : menstruation irrégulière, très abondante, migraines, congestions céphaliques, bourdonnements dans les oreilles, faiblesse générale, tristesse, boule hystérique. Vers le même temps, elle se place comme infirmière auprès d'une malade gravement atteinte qui mourut, d'ailleurs, très peu de temps après. Cet évènement frappa beaucoup Anna : elle se convainquit que toute la fortune de sa patronne lui serait un jour revenue si elle avait su prolonger la malade. Elle en conclut que la morte ainsi qu'elle-même avaient toujours été entourées d'ennemis. Cela était clair d'après la façon bizarre et malveillante dont les domestiques les traitaient toutes deux ; le prêtre avait également cherché à exercer une influence fâcheuse sur sa maîtresse. La cuisinière voulait absolument préparer tout elle-même; si le gâteau était apporté de la pâtisserie, il était toujours entamé au moment où on le mettait sur la table, sans doute parce qu'à la cuisine on prenait le temps d'y ajouter du poison. La bière et le vin avaient un goût très désagréable et, chaque fois qu'elle en prenait, Anna se sentait mal à son aise; une fois même, il lui sembla, après avoir bu, que sa jambe gauche devenait à demi paralysée.

Elle quitta cette maison avec la conviction qu'on l'y avait rendue très malade et alla chez sa sœur avec laquelle elle se brouilla presque aussitôt ; elle partit de chez elle, convaincue que sa sœur s'était entendue avec ses ennemis.

Elle s'engagea alors comme bonne d'enfant à l'étranger. Sa menstruation, devenue irrégulière depuis deux ans, s'arrêta complètement et les différents accidents auxquels elle était sujette, migraines, palpitations, névralgies, etc... s'accentuèrent davantage.

En 1879, au milieu de sensations physiques et psychiques très pénibles, se croyant toujours persécutée, elle entendit plusieurs nuits de suite frapper à sa fenêtre. Elle aperçut, dit-elle, dans la cour un homme nu-tête qu'elle ne connaissait point. Elle eut très peur. A partir de ce moment, elle se croit entourée d'ennemis invisibles, de jésuites sans doute, parce que le prêtre qui allait chez son ancienne maîtresse était un jésuite.

En novembre 1881, elle va passer quelque temps chez sa sœur qui l'avait invitée. Mais là, son beau-frère lui paraît être un complice des jésuites, parce qu'au moment où il l'aperçoit pour la première fois il pâlit. Évidemment, cette invitation n'est qu'un ignoble guet-apens ; on veut l'achever comme sa pauvre maîtresse. D'ailleurs, tout dans la maison de sa sœur sent le phosphore ; la nuit, des figures noires glissent devant les fenêtres et font aboyer des chiens qui l'empêchent de dormir.

Elle reste néanmoins là, près de six mois ; mais, un jour, en avril 1882, elle est tellement ennuyée par tout ce qui s'y passe qu'elle s'enfuit à Gratz, chez un de ses parents. Dans le compartiment du chemin de fer, elle s'asseoit en face d'un monsieur qui la regarde d'une façon étrange : « Encore un jésuite », pensa-t-elle...

A Gratz, elle consent facilement à entrer à l'hôpital,

espérant qu'elle sera là à l'abri de tout danger.

Là, M. Krafft-Ebing constate qu'elle est anémique, que ses organes thoraciques et abdominaux sont sains et qu'elle ne présente aucun stigmate physique de dégénérescence.

La malade se plaint de névralgies multiples, de faiblesse dans les jambes et d'une sensation de gonflement dans la tête.

Le lendemain de son entrée, elle manifeste une méfiance pour tout ce qui l'entoure. Elle croit qu'ici comme partout les jésuites écoutent aux portes, qu'ils ont acheté les infirmières et qu'on va l'attaquer la nuit. Les nuits suivantes, elle prétend avoir entendu des bruits comme si on jetait des pierres à la fenêtre du dortoir, des chuchotements, un remue-ménage des plus suspects. « Certes, dit-elle, tout ce que je sens et tout ce que je vois me prouve que le pouvoir de mes ennemis s'étend jusqu'ici. »

Au bout de deux mois, M. Krafft-Ebing, ayant établi le pronostic d'incurabilité, ordonna le transfert de la malade dans un asile de son département (1).

En remontant à l'origine de l'histoire de Ab..., vous trouvez comme chez tous les persécutés de Lasègue un caractère bizarre, défiant, inquiet, soupçonneux. On peut dire que la *première étape,* la période d'inquiétude, de malaise, de « l'observation délirante » des auteurs allemands (2) a duré chez elle près de quarante ans et que ce n'est qu'à l'époque de la ménopause, sous l'influence d'une vive émotion, que la malade entra dans la *seconde période,* celle des interprétations délirantes et

(1) *Krafft-Ebing,* Op. cit., p. 556 et suiv.
(2) Beobachtungswahn.

de la systématisation. Souvent, en effet, et Lasègue a déjà attiré l'attention sur ce fait (1), cette deuxième période peut débuter brusquement sous l'influence d'une grande fatigue physique, d'une affection fébrile ou d'une émotion, comme chez la malade de M. Krafft-Ebing. On assiste alors à l'éclosion subite d'un délire tout formé. Toutes les anciennes allusions malveillantes s'expliquent pour le malade de même que tout ce qui lui est arrivé auparavant; une bande de jésuites ou de francs-maçons pour l'un, une association de voleurs ou d'anarchistes pour un autre est la cause de tous ses malheurs. Une conspiration, un complot sont organisés contre lui. Dans ce complot entrent les personnes en qui le malade avait le plus de confiance, et il comprend maintenant toutes leurs machinations; il comprend notamment comment on voulait se défaire de lui, le déshonorer, le dépouiller, etc... Il s'agit toujours, chez des persécutés de cet ordre, de collectivités; le malade ne peut désigner personne avec précision, il se sert toujours d'expressions vagues comme celles-ci : « *On* m'en veut, *on* me parle au téléphone, *ils* me piquent, etc...

Souvent, dès le début de la seconde étape d'interprétations délirantes, le malade a des hallucinations, et surtout auditives. La malade de M. Krafft-Ebing entendait la nuit des coups frappés à sa fenêtre, d'autres

(1) *Lasègue,* Études médicales. Du délire de persécutions, Paris, 1884, t. I, p. 550.

entendent prononcer leur nom avec des allusions plus ou moins blessantes ; plus tard, ce sont de longues conversations que des individus inconnus tiennent à propos des affaires du malade.

La systématisation se fait non seulement à l'aide des hallucinations, mais aussi des pseudo-réminiscences, des illusions de la mémoire, de la paralogique. C'est à cette période là que les malades réagissent le plus souvent. Vous avez vu comment Ab... a réagi : elle est partie à l'étranger pour fuir les jésuites. Chaque malade se conduit dans ce cas d'une façon différente. Beaucoup adoptent le système défensif : ils s'isolent, s'enferment, mettent de la cendre au seuil de leur porte pour pouvoir constater la trace de l'ennemi qui a pénétré pendant la nuit et ne se nourrissent qu'avec des œufs pour éviter l'empoisonnement. Quelquefois cependant, quand, par extraordinaire et à la longue, ces malades ont fait choix de leurs persécuteurs, ils deviennent agressifs et particulièrement redoutables par leurs lettres, plaintes aux journaux, attaques dans la rue, attentats à la vie, etc... Comme les malades de Lasègue (1), Ab.. arriva assez rapidement à la période de cristallisation du délire, pendant laquelle, sans subir la transformation compensatrice à ce délire de grandeur, les conceptions délirantes deviennent de plus en plus intenses, s'étendent à tous les détails de l'existence et finissent par plonger le malheureux persécuté dans un abîme de désespoir.

(1) *Lasègue*, Op. cit., Obs. VI, VII, VIII, etc., pp. 561 et suiv.

Voici maintenant un cas de paranoia typique où le délire ne s'arrêta pas comme dans le cas précédent à la période de persécution et passa à la période des grandeurs.

OBSERVATION III. (M. Krafft-Ebing.) — *Forme typique de paranoia tardive. Apparition précoce d'idées de grandeur comme signe de la transformation prochaine de la personnalité. Intermission.*

H..., 27 ans, ingénieur, marié. Père mort d'hémorragie cérébrale.

Le malade a toujours eu un caractère bizarre, insociable, irritable, changeant. Il s'adonnait à l'onanisme et faisait des excès vénériens.

Il est atteint de scoliose, d'une déformation crânienne (rhombocéphalie) avec asymétrie de la face; de plus, il a de l'insuffisance mitrale.

Début à 27 ans, au commencement de 1877 : sa méfiance, ses bizarreries se sont donné jour ; on le traite avec négligence, on lui dit en face des bêtises sur son propre compte. En mars, il déposa chez le commissaire de police une plainte au sujet des bruits qu'on répand sur lui en l'accusant d'entretenir des relations coupables avec la femme d'un maître d'école.

Quelque temps après, des hallucinations se produisent d'une façon subite et donnent à son délire la plus grande intensité. Il a entendu une nuit des voix qui disaient qu'on allait le juger en secret. Aussitôt, des discours se succédèrent parmi lesquels les uns l'accusaient, les autres le défendaient; les uns décidèrent de le poursuivre, de le rendre fou, les autres s'engagèrent à le faire arriver aux plus hautes situations.

Au début, il était très ému de toutes ces persécutions, mais plus tard, à mesure que les idées de grandeur

prirent le dessus, il trouva que son existence était intéressante et s'enfonça complètement dans ses rêves.

Ce délire dura ainsi pendant dix-huit mois, puis les hallucinations auditives disparurent, le malade recouvra son intelligence et sortit ayant toutes les apparences d'un homme sain d'esprit.

Cependant, un mois après on le ramena ; il entendait de nouveau les voix des agents de police qui le traquaient pendant que d'autres individus inconnus lui disaient qu'il était le fils de l'empereur Ferdinand. A l'asile, il prend un air d'importance, se dit comte de Habsbourg et empereur d'Autriche.

Il a appris son origine royale à l'âge de 19 ans et, depuis, il en a eu toutes les preuves ; il cite, entre autres, ce fait que, dans la rue, la foule s'arrêtait respectueusement pour le voir passer. Même ses ennemis, les jésuites et la police, sont obligés de reconnaître sa grandeur. Il appelle ses persécuteurs d'un néologisme inventé par lui : les impressionneurs. La cour martiale va les condamner tous sur les ordres qu'il a donnés.

Ce sont toujours les hallucinations de l'ouïe qui prédominent. Par moment cependant, il se plaint de sentir des odeurs désagréables que des individus mal intentionnés répandent pour l'agacer. Cette fois, le délire évolua d'une façon chronique et le malade est envoyé comme incurable dans un asile de sa ville natale (1).

Dans ce cas, la transformation du délire de persécution en délire de grandeur s'opéra très rapidement, ce qui est assez rare. Quand la transformation est rapide, c'est presque toujours ou sous l'influence d'hallucinations auditives, comme dans l'observation qui précède,

(1) *Krafft-Ebing*, Op. cit., p. 559.

ou sous l'influence d'un trouble de la sensibilité générale, ou encore d'un rêve.

Le plus souvent, dans les cas réguliers de paranoia typique, la transformation a lieu lentement. On s'est demandé de quelle manière ? La voie psychologique est admise par bien des auteurs. Le persécuté cherche, dit-on, tout naturellement une consolation quelconque pour supporter sa pénible situation ; et comme déjà, par le fait de son délire de persécution, le malade se figure être l'objet de l'attention de tout le monde, le centre autour duquel tout gravite, il est particulièrement enclin à former des idées de grandeur. Très souvent, il se dit qu'on le poursuit parce qu'il est trop intelligent, trop honnête, trop estimé, etc. Il passe alors, avant d'arriver à un délire mégalomaniaque, par une phase d'incubation formant un contraste complet avec celle qui précède le délire de persécution : le malade est rassuré, les passants le regardent avec respect, des personnages importants font arrêter leurs voitures à son approche, les journaux parlent de sa haute origine, etc... C'est après cette période de douce quiétude, pleine de promesses charmantes pour l'avenir, que le malade manifeste un beau jour un délire de grandeur bien systématisé. Et alors, un autre travail psychologique commence à se faire qui consiste à mettre en rapport logique son ancien délire de persécution avec son nouveau délire de grandeur. Il peut se faire de deux manières : ou bien le malade se dit qu'il comprend maintenant pourquoi ses

ennemis avaient grand intérêt à se débarrasser de lui, puisqu'il les gênait en qualité de prétendant à telle ou telle haute situation. Ou bien encore, le malade considère toutes les misères subies par lui jusqu'à ce moment comme une épreuve qui était nécessaire, avant de le laisser jouir de sa haute destinée. C'est en effet souvent par un raisonnement aussi naïf qu'absurde que le persécuté arrive à se forger un délire de grandeur ayant une pâle apparence de logique. Il faut dire aussi que quand le paranoiaque arrive à ce degré de son délire, son activité intellectuelle a déjà beaucoup baissé et commence à friser la période terminale, la démence. Rien n'est d'ailleurs plus variable que l'époque d'apparition de cette dernière. Si, dans certains cas, des dizaines d'années séparent le début de la paranoia typique de la démence finale, dans bien d'autres cas cette démence se déclare au bout d'un ou de deux ans. Le malade devient indifférent pour ses conceptions délirantes; son délire autrefois si coordonné se décompose en quelques idées qui ne sont plus que l'ombre de l'ancienne systématisation. Que la paranoia typique soit constituée par le délire de persécution seul, comme dans l'observation II, ou par le délire de persécution suivi de la période de grandeur, comme dans le cas III, le pronostic est le plus souvent défavorable ; la guérison n'existe pour ainsi dire pas ; dans les cas les plus heureux, on observe quelques rémissions pendant lesquelles la malade paraît calme et peut se livrer à un travail surveillé à l'asile.

En somme, la paranoia typique correspond, comme vous voyez, au point de vue de son évolution, tantôt à la maladie de Lasègue, tantôt au délire chronique de M. Magnan. Le désaccord entre les auteurs allemands et M. Magnan tient à une question de pathogénie. Tandis que, pour les premiers, la paranoia typique se développe toujours sur un terrain de dégénérescence mentale, pour M. Magnan, le délire chronique à évolution systématique ne s'observerait jamais chez les dégénérés. Les thèses de M. Gérente (1), de M. Legrain (2), ainsi qu'une observation publiée par nous-même (3) entre autres, tendraient à démontrer qu'il existe des cas dans lesquels une maladie mentale en tout analogue à celle que M. Magnan appelle « délire chronique à évolution systématique » s'observerait chez des individus présentant tous les stigmates physiques et psychiques de la dégénérescence, de même qu'il existe d'autres cas où nous ne pouvons pas trouver ces stigmates ; les sujets de cette dernière catégorie ne présentent absolument rien d'anormal jusqu'à l'âge de 30 ou 40 ans, époque à laquelle commencent les premières manifestations du « délire chronique ».

(1) *Gérente*. Le délire chronique, son évolution (Thèse de Paris, 1883).

(2) *Legrain*. Du délire chez les dégénérés (Thèse de Paris, 1886), p. 272.

(3) *Roubinovitch*. Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices. Année médico-psych., 1892.

ONZIÈME CONFÉRENCE

PARANOIA CHRONIQUE (*suite*), PARANOIA AIGUE

SOMMAIRE : *Paranoia quaerulens.*

Premier exemple clinique. (M. Krafft-Ebing.) — F., 43 ans. Fille d'aliéné. Procès contre tous ses parents. Absence d'hallucinations.

Ressemblance de ce cas avec celui des persécutés-persécuteurs.

Paranoia sexuelle. — Son association fréquente avec la paranoia jalouse.

Paranoia reformatoria.

Deuxième exemple clinique. (M. Krafft-Ebing.) — F., 48 ans. Nièce d'une aliénée. Scarlatine et fièvre typhoïde dans son enfance. Projets de réorganisation sociale et religieuse. Éclosion du délire au moment de la ménopause.

Paranoia religieuse. — Fréquence des hallucinations visuelles. Formes expansive et dépressive. Théomanes et démonomanes.

Paranoia érotique. — Fréquence de l'onanisme.

Troisième exemple clinique. (M. Krafft-Ebing). — F., 45 ans. Délire érotique systématisé d'emblée sans hallucinations.

Quatrième exemple clinique. (Personnel.) — F., 46 ans. Persécutrice amoureuse devenant ultérieurement persécutée avec hallucinations auditives. Sœur épileptique.

MESSIEURS,

Comme les autres formes de paranoia, la paranoia quaerulens est particulièrement liée aux particularités originelles du caractère. Elle se manifeste chez des individus qui ont toujours été insociables, aimant les querelles. Voici, par exemple une observation de M. Krafft-Ebing relative à cette variété.

OBSERVATION I. — *Paranoia quaerulens sans hallucinations.*

Il s'agit d'une femme S..., âgée de 43 ans, divorcée, fille d'un aliéné, atteinte elle-même depuis son enfance d'une incontinence nocturne d'urine. Elle aimait à se mêler des affaires des autres, à avoir des intrigues, etc. Après la mort de son père et de son frère, elle entama un procès contre tous ses parents qu'elle accusait de lui avoir frustré une grande partie de son héritage. Toutes ses plaintes n'ayant abouti qu'à la faire condamner aux frais du procès, elle se mit à étudier le Code pour prouver

que les juges étaient tous des vendus. Elle adressa même des injures personnelles à certains membres de la magistrature et fut condamnée plusieurs fois pour ce fait. A l'asile, elle continue à soutenir que le testament de son père ne présentait pas toutes les garanties légales ; elle entre en outre, dans tous les démêlés de ses compagnes en se constituant leur avocat contre les infirmières, les médecins, etc. (1).

Ce sont des malades de cette catégorie qui, tenaces dans la défense de leurs droits soi-disant lésés, ont souvent recours aux moyens les plus graves : ils font du scandale, ils commettent des attentats sur leurs juges pour attirer l'attention du public sur les injustices dont ils sont victimes, etc.

A la longue, l'activité intellectuelle de ces malades diminue, mais jusqu'au bout ils gardent ce pli fondamental de leur caractère : le mécontentement de tout ce qui les entoure. Très souvent, à côté de la tendance à se plaindre à propos de tout, ces malades manifestent des conceptions délirantes de persécution et de grandeur. La malade de M. Krafft-Ebing a déclaré un jour qu'à l'asile les infirmières ont organisé un complot pour la tuer ; certaines taches qu'elle a remarquées sur le plancher provenaient du poison qu'on répandait ainsi à son intention.

Le délire de persécution devient à son tour l'occasion d'actes très graves. Par exemple, un processif ayant

(1) *Krafft-Ebing*. Op. cit., p. 566.

entamé une affaire avec un de ses voisins, perd sa cause. Aussitôt il en conclut que le voisin se moque de lui, jette la déconsidération sur sa réputation et de fil en aiguille, il arrive à croire que son adversaire a entrepris de le faire disparaître. Pour se défendre, il n'hésite pas à attaquer le voisin en tirant sur lui des coups de revolver.

Il y a là un tableau clinique qui ressemble à ce qu'on décrit chez nous sous le nom de « persécutés-persécuteurs » type Falret (1). Vous savez que dans cette variété il s'agit des dégénérés qui aussitôt qu'ils ont conçu des idées de persécution, choisissent immédiatement leur victime et deviennent persécuteurs d'emblée. Le persécuteur type Falret est comme le paranoiaque processif de M. Krafft-Ebing, avant tout un aliéné raisonnant. Les hallucinations sont généralement absentes, de même que ces conceptions délirantes absurdes qui font éclater du premier coup la folie chez les paranoiaques typiques forme Lasègue ou Magnan.

Pour en finir avec les variétés dépressives de la paranoia tardive, deux mots sur la paranoia sexuelle. Les idées de persécution tournent surtout autour d'une question d'ordre génital. Les malades, des prédisposés neurasthéniques ou hystériques le plus souvent, interprètent d'une façon délirante toutes les sensations qu'ils éprouvent. Les femmes s'imaginent qu'elles sont

(1) *Falret* in *Pottier*. Étude sur les aliénés persécuteurs. Th. Paris. 1886.

suivies dans la rue, qu'on les prend pour des cocottes. Plus tard elles ont des hallucinations correspondantes et pour se défendre elles ont recours, par exemple, au tamponnement vaginal. Cette paranoia sexuelle se combine très souvent avec le délire de la jalousie, et cela comme M. Kraepelin l'a indiqué, chez les femmes ayant atteint l'âge de la ménopause. Les réactions de ces paranoiaques jalouses sont parfois extrêmement dangereuses et plus d'une, en devenant persécutrices ont fait des tentatives d'empoisonnement ou de mutilations des organes génitaux sur leurs maris. Cette forme peut d'ailleurs s'observer aussi chez l'homme, mais chez lui, à part l'hérédité, l'alcoolisme joue souvent un grand rôle. Un exemple frappant de cette paranoia sexuelle avec délire de la jalousie a été donné par Tolstoï dans son roman la « Sonate de Kreutzer » ; le héros, un dégénéré émotif, finit par assassiner sa victime.

Telles sont les différentes variétés de la paranoia à forme dépressive. Ce sont d'ailleurs les plus fréquentes.

La forme expansive comprend le délire des inventions et de réformes (paranoia inventoria s. reformatoria), le délire religieux (paranoia religiosa) et le délire érotique (paranoia erotica).

Parcourons rapidement chacune de ces variétés.

Voici par exemple une observation de paranoia reformatoria de M. Krafft-Ebing.

OBSERVATION II. *Paranoia reformatoria. Eclosion du délire au moment de la ménopause.*

Mme R..., veuve, âgée de 48 ans.

Une tante maternelle est morte aliénée.

Antécédents personnels : Scarlatine à 9 ans et fièvre typhoïde à 13 ans. Déjà à l'âge de 12 ans, elle manifestait des projets singuliers ; elle voulait entrer dans un couvent pour aller ensuite répandre la religion parmi les sauvages. A 16 ans elle voulait réorganiser les méthodes d'enseignement de son pays ; elle est même allée communiquer son projet à quelques députés du Reichstag. Plus tard, en lisant les journaux, elle s'est aperçue qu'on utilisait ses idées sans la nommer.

En décembre 1889, elle entre, pour la deuxième fois, à l'asile. Elle a des projets de réorganisation sociale et religieuse. Elle veut reconstituer la religion primitive de la nature — cela supprimera toutes les guerres, toutes les misères. Il n'y aura plus d'argent. Elle a déjà exposé toutes ses idées dans une brochure intitulée : « Le monde sans argent ». Elle veut aussi supprimer la monarchie et elle est convaincue que si on la laissait exposer sa théorie à l'Empereur ce dernier se retirerait immédiatement.

Elle fera disparaître toutes les maladies par un moyen bien simple : la suppression de la profession médicale ; les maladies, dit-elle, sont inventées par les médecins, et chaque année, on voit éclore quelque nouvelle maladie. Elle annonce souvent la transformation de l'ordre actuel, en prenant le ton inspiré d'un prophète (1).

Il s'agit là, comme vous voyez, d'une prédisposée qui dès l'âge de 12 ans avait une trop haute opinion d'elle-même. Pendant longtemps, cet état mental per-

(1) *Krafft-Ebing.* Op. cit., p. 570.

siste sans faire de grands progrès. Puis, à l'occasion d'un incident quelconque (chez la malade de M. Krafft-Ebing, la ménopause), une véritable poussée s'opère et les conceptions délirantes relatives à des découvertes, à des inventions, à des réformes se manifestent au dehors, tout organisées, systématisées. Selon le fond plus ou moins débile des malades, leurs conceptions peuvent être ou complètement absurdes, ou simplement naïves, ou même dans certains cas, assez originales pour donner l'illusion d'une idée nouvelle et utile. On rencontre assez souvent dans la société des faux génies de ce genre qui veulent perfectionner le monde. Ils pullulent à certaines époques d'agitation et de lutte sociale et surtout aux époques de transition. A ce moment, ils se jettent dans la lutte avec leurs inventions destinées à sauver la patrie, leurs systèmes politiques nouveaux, leurs nouvelles religions, etc. Comme tous les autres délirants systématisés, ils créent leurs conceptions délirantes par les procédés ordinaires de la paralogique, et des illusions de la mémoire. Mais chez eux les hallucinations sont assez rares.

La paranoia religieuse est également un délire systématisé dont seuls les prédisposés vésaniques ont le privilège. Le plus habituellement, elle se montre en effet chez des individus débiles qui offrent dans leurs antécédents personnels les plus reculés des tendances au mysticisme, exalté d'ailleurs très souvent par une éducation pleine de superstitions. Il est fréquent de

rencontrer chez ces débiles mystiques des anomalies dans les fonctions sexuelles parmi lesquelles la première place appartient à l'onanisme ; tous les auteurs insistent sur le rapport presque constant qui existe entre la folie religieuse et l'excitation génitale. C'est souvent vers l'âge de la puberté que se déclare chez ces malades un enthousiasme religieux spécial qui frappe par ses exagérations ou son incohérence. Les hallucinations visuelles ne sont pas rares déjà à ce moment précoce de l'affection.

Krafft-Ebing décrit dans cette forme de paranoia plusieurs périodes. La première, prodromique, qui peut durer des mois et des années, se manifeste chez la femme par des troubles menstruels, chez l'homme par un état hypochondriaque, chez les uns et les autres par un éveil précoce de l'appétit sexuel. C'est à cette période là que les malades s'adonnent à l'onanisme tout en rêvant à quelques relations érotiques avec un prêtre ou un saint. Vous connaissez tous l'observation de Moreau de Tours (1) dans laquelle il s'agit d'une malade dont l'amant préféré était l'apôtre Saint-Paul à qui elle faisait accomplir des actes qui n'avaient rien de recommandable.

Vient ensuite la période d'état où le malade a des hallucinations. Il se sent pénétré par le souffle divin, il se voit entouré d'une lumière éclatante et souvent sous

(1) *Moreau de Tours*. La Psychologie morbide, p. 269.

l'influence de ses hallucinations, le malade est en état d'extase. Les hallucinations visuelles sont les plus fréquentes : il voit le ciel s'ouvrir, la Sainte Vierge descendre en souriant, etc... Il peut aussi entendre des voix.

Le délire se caractérise le plus souvent par des conceptions délirantes de grandeurs, le malade se croit devenu un saint ou Dieu lui-même ; les femmes s'imaginent être la fiancée du Christ, la Sainte Vierge, Madeleine; d'autres se sentent possédées par un ange ou bien un démon...

Ces idées s'accompagnent souvent de quelques idées de persécution relatives à l'influence du diable, de l'anti-Christ, etc...

C'est parmi eux que se recrutent ces malades qui laissent pousser leurs cheveux et leur barbe et se disent envoyés du ciel, réformateurs du monde, prophètes etc... Ils sont souvent très dangereux pour eux-mêmes et pour les autres : les automutilations sont fréquentes parmi eux et élevées dans certaines formes épidémiques, comme chez les skoptzy, p. e. à la hauteur d'un dogme. Pour leur entourage, ils sont dangereux par leurs actes fanatiques ; ils peuvent arriver à l'assassinat sous l'influence d'hallucinations visuelles ou auditives. Placés dans les asiles ils continuent pendant quelque temps à prêcher, puis ils se calment tout en conservant le fond délirant de leur état habituel.

Il est rare qu'ils aboutissent à la démence complète;

cependant les onanistes s'y acheminent plus rapidement que les autres.

Cette paranoia religieuse peut se présenter tantôt sous la forme expansive que je viens d'indiquer, tantôt sous la forme dépressive. Dans le premier cas, le malade a un mysticisme à forme ambitieuse, il est théomane, dans l'autre il est mystique, désespéré, damné ou possédé, il est démonomane. Les deux formes ont de nombreuses ressemblances : les hallucinations, l'excitation sexuelle jouent dans l'une comme dans l'autre un rôle prépondérant.

Des observations de ce genre sont connues en France depuis Pinel et Esquirol. La débilité mentale étant le fond de leur état psychique, tous les paranoiaques religieux entrent dans le groupe des dégénérés faisant des délires mystiques plus ou moins systématisés.

Il reste à dire quelques mots de la modalité expansive dite paranoia érotique. Plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, elle se développe aussi principalement chez des sujets profondément prédisposés. Exemple, ce cas de M. Krafft-Ebing :

OBSERVATION III (M. Krafft-Ebing). *Paranoia erotica. Délire systématisé d'emblée sans hallucinations.*

Une dame de 45 ans, veuve, présente des antécédents héréditaires et personnels qu'on retrouve habituellement chez les dégénérés. A 40 ans elle fait la rencontre d'un officier qui dans une conversation des plus banales

se montre poli avec elle. Aussitôt elle en conclut que cet officier est amoureux d'elle et lui envoie sa photographie, des cadeaux et plusieurs lettres pleines d'encouragements où elle l'appelle sa « divinité ». Elle est toute stupéfaite en recevant quelques jours après, tous ses envois ainsi que ses lettres qui n'avaient même pas été décachetées... Elle se mit alors à poursuivre l'officier, à l'attendre à la porte de sa maison avec des robes excentriques, un décolletage démesuré, etc... L'officier après avoir usé de tous les moyens à son pouvoir finit par déposer une plainte et cette malheureuse fut internée. La malade n'a pas eu d'hallucinations (1).

Vous trouverez dans les « Leçons » de Ball deux observations analogues (2).

Nous avons actuellement à la Clinique une malade qui pourra nous donner une belle démonstration de cette variété.

OBSERVATION IV. *Persécutrice-amoureuse devenant persécutée avec hallucinations. Sœur épileptique.*

Mme R..., âgée de 46 ans, sans profession, est entrée à la Clinique le 26 Mai 1893.

Au mois de Septembre 1891, elle se trouve avec son fils sur un bateau Charenton-Austerlitz et fait là la rencontre d'un monsieur, jeune, décoré, qui produit sur elle brusquement une impression tellement profonde qu'elle en devient aussitôt amoureuse : le coup de foudre, quoi... Elle entre en conversation avec lui et apprend qu'il est officier et qu'il doit partir le lende-

(1) *Krafft-Ebing.* Op. cit., p. 579.
(2) *Ball.* Leçons sur les maladies mentales. Paris, 1890, p. 515.

main au Tonkin pour le service géographique. A partir de ce jour, R..., est constamment obsédée par le désir de retrouver le « monsieur décoré ». Elle va plusieurs fois au Ministère de la guerre et elle finit à force d'insistance par se faire introduire auprès d'un certain M. X..., qui devait partir le 1er Mai pour le Tonkin. Elle poursuit M. X...; en allant le voir à son service presque tous les jours. Elle lui fait des déclarations amoureuses; un jour même les choses allèrent aussi loin que possible... M. X..., lassé de ses poursuites, simule un départ précipité. Elle l'assaille par des lettres recommandées dans lesquelles elle réclame continuellement des rendez-vous. Enfin, pour se débarrasser d'elle, il prévient son mari par une lettre anonyme.

Sur ces entrefaites M. X... meurt en Mars 1893. A partir de ce moment Mme R..., de persécutrice amoureuse devient persécutée ; tous les amis de M. X... la poursuivent, notamment les Rottschild ; on veut tuer son mari ; elle-même va être pendue au clou de la suspension de sa salle à manger ; on se moque d'elle chez la crémière et la fruitière, on veut lui jeter du vitriol; tous les corbillards qui passent dans la rue sont pour elle, etc...

Voilà son état mental. L'examen physique révèle l'existence de tics dans les muscles de la face et des épaules. Si on remonte à l'histoire de sa jeunesse on constate qu'elle a toujours eu une santé chétive et un caractère des plus irritables. Et pour nous convaincre complètement que nous sommes en présence d'une prédisposée héréditaire nous avons ce renseignement important : une de ses sœurs est épileptique.

C'est partout la même histoire. Au début, le malade s'imagine qu'un personnage quelconque s'intéresse à lui et lui fait comprendre qu'il est aimé. L'idée d'amour

devient comme une véritable obsession qui s'attache spécialement à telle ou telle personne choisie par le malade; il s'agit le plus souvent pour les femmes d'un artiste à l'Opéra, d'un brillant officier, quelquefois d'un prédicateur à la mode. Le plus souvent, les hallucinations sont absentes, mais dans certains cas, comme l'avait observé M. Korsakoff (1), les malades entendent des déclarations amoureuses, les pas de quelqu'un qui s'approche la nuit, pour des rendez-vous galants. Une fois le délire constitué, les malades commettent des actes bizarres correspondants, lettres, poursuites dans la rue, scandales, etc...

L'onanisme est assez fréquent chez les aliénés de ce genre ; aussi s'acheminent-ils plus vite que les autres vers un affaiblissement des facultés intellectuelles.

Messieurs, en vous parlant de ces modalités de la paranoia dépressive et expansive je tenais avant tout à faire ressortir, non pas la nature du délire dont l'importance est tout à fait secondaire, mais son mode d'évolution, sa marche et vous avez pu constater que ce mode est à peu près le même dans toutes les variétés de la paranoia chronique des auteurs allemands. — Considérées dans leur ensemble toutes ces variétés ont aussi la même étiologie, le même diagnostic, le même pronostic.

En effet, au point de vue *étiologique* il s'agit presque toujours d'individus présentant des stigmates physique

(1) *Korsakoff*. Cours de Psychiâtrie (en russe). Moscou, 1893, p. 400.

ou psychique de la dégénérescence héréditaire ; ils peuvent d'ailleurs en même temps être des hystériques, des neurasthéniques, des alcooliques.

Le *diagnostic* de toutes ces variétés est basé sur ce fait que les conceptions délirantes sont les premières en date, qu'elles occupent la plus grande place dans le tableau clinique, qu'elles ont une tendance à la systématisation aussi complète que les falcultés intellectuelles du malade le permettent et qu'une fois organisées en système elles persistent pendant très longtemps. Ces caractères suffisent *théoriquement*, au moins à différencier ces variétés de la paranoia chronique, de la mélancolie, de la manie, de la démence primaire curable, du Wahnsinn et des certaines autres formes au cours desquelles on peut observer des conceptions délirantes de persécution ou de grandeur à titre isolé et nullement systématisées. Il est bon d'ajouter cependant que ce diagnostic différentiel n'est pas toujours facile, attendu qu'en clinique les choses se présentent rarement avec cette netteté schématique qu'on trouve dans nos classifications actuelles, qu'elles soient françaises ou allemandes ou de toute autre origine.

Enfin, le *pronostic* de toutes ces variétés est habituellement très défavorable. Dans ces délires plus ou moins systématisés des dégénérés à longue durée, la guérison est exceptionnelle ; à ce point de vue, un signe tout à fait fâcheux, et cela de l'avis de la plupart des aliénistes,

consiste dans l'apparition des idées de grandeur au cours d'un délire de persécution.

Jusqu'à présent, nous n'avons étudié que des variétés de la paranoia chronique. Or, il existe, d'après certains aliénistes allemands, des cas qui, tout en ressemblant par leur symptomatologie à l'affection que nous venons d'analyser, débutent d'une façon brusque, évoluent plus ou moins rapidement et se terminent par la guérison.

Ce sont des cas de ce genre qui ont reçu le nom de paranoia aiguë ou subaiguë.

Leur existence est discutée et discutable. En vous parlant de Wahnsinn, j'ai eu l'occasion de vous dire que Westphal (1) a décrit après Snell (2) une variété caractérisée par l'apparition subite d'hallucinations, principalement auditives avec des idées de persécution. Ces dernières étaient-elles systématisées ? C'est ce que Westphal affirme, et voilà pourquoi il s'est cru autorisé à dire qu'il s'agissait là d'une forme aiguë du délire systématisé, de paranoia aiguë. Et, pendant que l'école de M. Krafft-Ebing rejette cette variété, d'autres, comme Meynert, Mendel, Schüle, Korsakoff, l'adoptent tout en donnant chacun une interprétation personnelle.

M. Schüle, par exemple, décrit cinq sous-variétés de la paranoia aiguë (qu'il appelle encore du terme Wahnsinn, ce qui contribue à augmenter la confusion dans une nomenclature déjà suffisamment embrouillée). Ces

(1) *Westphal*, Allg. Zeitschr. f. Psych. N. 34, p. 252.
(2) *Snell*, Allg. Zeitschr. f. Psych. N. 22, p. 368 et N. 30, p. 319.

sous-variétés sont : sensorielle, mélancolique, maniaque, catatonique et stupide (3).

Voici une observation donnée à l'appui de la forme mélancolique.

OBSERVATION V. (Schüle.) — *Fils d'alcoolique et alcoolique lui-même. Accès de délire hallucinatoire sans systématisation.*

Le nommé B..., paysan, est âgé de 34 ans ; son père était un alcoolique invétéré ; lui-même s'adonnait aux excès de même nature.

En 1882, sans cause appréciable, B... est pris d'un accès de dépression ; il devient indifférent pour ses occupations, indécis.

Quinze jours après, en pleine nuit, le malade se figure entendre des menaces, on l'appelle « voleur, assassin » ; en même temps, il voit des individus armés qui veulent le tuer et il sent des odeurs de vase, etc... Il devient agité, il a des contorsions incessantes ; il s'élance hors de son lit, se jette à genoux, joint les mains et croise ses doigts avec tant de force qu'il s'arrache l'épiderme ; puis il accourt auprès de sa femme à laquelle il s'attache avec une expression égarée, cherchant à s'enfuir et en poussant des cris de douleur et de désespoir. Les jours suivants, le malade présente un délire religieux ; il prie, il refuse toute nourriture, repousse tout le monde, hurle quand on veut l'approcher. Tout lui paraît changé ; il dit qu'il voit errer autour de lui des morts qui lui prédisent un avenir épouvantable.

Au bout de quelques semaines, les hallucinations disparaissent, le malade commence à pouvoir se diriger et

(1) *Schüle*, Handbuch. Op. cit., p. 468 et suiv.

à voir les choses telles qu'elles sont, puis il guérit complètement.

Il semble difficile de voir dans cette observation l'exemple d'un délire systématisé. Dans la dépression mélancolique qui commence l'accès, dans le délire confus qui arrive ensuite, on voit nettement dominer un seul élément : les hallucinations d'origine alcoolique donnant lieu à un tableau de confusion mentale absolument comme cela a lieu dans tous les cas de Wahnsinn décrits par M. Krafft-Ebing. L'évolution et la terminaison de ce cas confirment encore davantage cette manière de voir.

On peut d'ailleurs interpréter de la même manière les sous-variétés sensorielle et maniaque.

Celle avec catatonie ou *status attonitus* est illustrée par M. Schüle à l'aide de l'observation suivante, à laquelle j'ai déjà fait allusion à propos de la démence primaire curable (1).

OBSERVATION VI. (Schüle.) — *Accès de stupeur hallucinatoire.*

Il s'agit d'une malade âgée de 36 ans, une névropathe prédisposée.

Au cours d'une époque menstruelle, elle devient plus irritable que de coutume sous l'influence d'une vive contrariété. Elle est triste, pleure. Puis, progressivement, en même temps qu'un amaigrissement de plus en plus accentué, s'établit un état de stupeur : la malade est

(1) V. p. 83.

apathique, aboulique : elle est assise, restant inoccupée des journées entières, ne s'intéressant à rien, ayant horreur de faire le moindre mouvement. Par moment, cependant, elle sourit niaisement (sans doute sous l'influence d'une hallucination). Elle refuse de manger, ne prend plus aucun soin de sa toilette. Quand on essaie de lui parler, elle ne répond pas, mais, en insistant beaucoup, on arrive de temps en temps à lui arracher quelques mots qui trahissent des hallucinations et des interprétations délirantes : ainsi une fois elle dit que les morceaux de viande qu'on lui sert sont vivants et qu'ils remuent; une autre fois, elle déclare qu'on lui a mis toutes sortes d'immondices dans les oreilles.

Pendant trois semaines, elle est restée dans cette torpeur intellectuelle avec hallucinations de la vue et de la sensibilité générale.

Puis, petit à petit, cet état disparaît en même temps que la nutrition générale s'améliore.

En l'interrogeant sur la phase de stupeur qu'elle vient de traverser, on est surpris d'entendre raconter les rêves extraordinaires suivants qui remplissaient sa vie intellectuelle.

Elle raconte notamment qu'elle voyageait dans des mondes étranges, dans différents pays ; les villes apparaissaient à ses yeux, puis s'effaçaient ; après avoir visité la terre, elle s'était envolée vers le soleil et avait ressenti en elle une jouissance divine ; elle était devenue un soleil, qui était le centre de l'univers, et les autres astres étaient attachés à elle par une force magnétique, etc... D'autres fois, elle prenait la forme de différents animaux, d'une anguille, d'un lion, d'un mammouth ; sous cette forme, elle assistait au déluge, et elle était alors obligée d'éviter les cadavres flottant à la surface des eaux. Tout était animé autour d'elle : des armées de soldats, gros comme des hannetons, mais com-

plètement équipés, pénétraient dans sa chambre avec des fanfares, et ces soldats s'introduisaient dans son corps. Tantôt elle avait d'elle-même une conscience exacte. Tantôt elle croyait que son corps et son esprit subissaient toutes sortes de métamorphoses. Pendant les périodes de stupeur, ses illusions et ses hallucinations étaient particulièrement intenses ; elle voyait les personnes qui entraient dans sa chambre, mais elles avaient le visage couvert de masques qui changeaient sans cesse ; tout à coup, elles s'évanouissaient dans l'air ou s'éteignaient comme des flammes, ou encore elles devenaient de l'eau qui s'écoulaient dans « le noir Léthé » : ces apparitions la plongeaient dans le deuil et la tristesse. Les aliments qu'on lui présentait étaient la cause d'illusions épouvantables ; elle y voyait des têtes coupées, des yeux qui pleuraient, des langues, des morceaux de cadavre ; puis des serpents, des vers rampaient sur son assiette.

L'analyse de cette observation ne permet pas de l'envisager comme un des cas de paranoia aiguë. En effet, on y remarque l'existence de deux périodes : la première, prodromique, pendant laquelle la malade est irritable, manque de résistance psychique, devient de plus en plus obtuse au point de vue de ses facultés intellectuelles ; la seconde, la période d'état, où la stupeur s'établit, la conscience est obnubilée, une apathie, une aboulie se déclarent en même temps que des nombreuses hallucinations : en un mot, sous un masque de stupeur s'agite un délire hallucinatoire incohérent et intense. Est-ce autre chose qu'une variété de la démence primaire curable, la variété dite « stupeur hallucinatoire » ?

Le délire systématisé aigu de M. Schüle nous apparaît

donc comme trop compréhensif; il englobe des tableaux cliniques trop différents : certains délires plus ou moins systématisés qu'on observe chez les prédisposés vésaniques, le Wahnsinn avec ses hallucinations et sa confusion, la stupeur hallucinatoire. Aussi, peu d'aliénistes, même allemands, adoptent les idées de Schüle sur sa paranoia aiguë ou subaiguë. La plupart préfèrent la description de Mendel (1) qui admet deux variétés de ce syndrôme clinique : paranoia aiguë ou subaiguë simple et paranoia aiguë ou subaiguë hallucinatoire.

La première débute d'emblée par des conceptions délirantes avec, le plus souvent, des idées de persécution. La seconde offre souvent un stade prodromique avec irritabilité, insomnie, dépression auquel succèdent des hallucinations auditives et gustatives avec conceptions délirantes de persécution ou de grandeur et excitation. Qu'elle soit simple ou hallucinatoire, la paranoia aiguë de Mendel se caractériserait toujours par une conscience généralement intègre avec conservation complète de la faculté de s'orienter et de juger ; les actes des malades seraient parfaitement coordonnés ; les conceptions délirantes seraient systématisées. La seule différence avec la paranoia typique consisterait dans ce fait que tout cet ensemble de symptômes évoluerait très rapidement et se terminerait par la guérison. M. Korsakoff fait remarquer avec justesse que cette identité n'est pas si complète que Mendel l'affirme. La systématisation

(1) *Mendel*, Loc. cit., p. 509 et suiv.

est bien moins nette dans la paranoia aiguë; les facultés intellectuelles et notamment celle du raisonnement, y sont amoindries et l'altération de la conscience qui se présente avec des contours circonscrits dans la paranoia chronique porte ici plutôt un caractère diffus (1).

Pour nous résumer, et en nous plaçant au point de vue de la pathologie mentale allemande, les cas décrits sous le nom de paranoia aiguë ou subaiguë constituent des formes intermédiaires entre des formes pures de paranoia chronique et les formes typiques de Wahnsinn de Krafft-Ebing.

Quant à la pathologie mentale française, ces cas correspondent le plus souvent à ce qu'on décrit chez nous sous le nom de « délire multiple polymorphe, court, sans évolutions déterminées chez des prédisposés vésaniques. »

(1) *Korsakoff.* Op. cit., p. 402 et suiv.

DOUZIÈME CONFÉRENCE

RÉSUMÉ GÉNERAL

MESSIEURS,

Nous avons terminé l'étude comparée des maladies mentales qui figurent dans les classifications allemandes sous des noms auxquels nous ne sommes guère habitués en France : démence primaire curable, Wahnsinn, Verrücktheit secondaire, Blödsinn secondaire, paranoia.

Nous allons maintenant pour nous résumer examiner les différentes classifications allemandes et françaises et rechercher : 1° ce qu'elles ont de semblable et 2° ce en quoi elles diffèrent.

On trouve dans toutes ces classifications une série de maladies mentales qui y figurent sous le même nom.

Ce sont : la mélancolie, la manie, la manie raisonnante, les folies périodiques, les folies névrosiques, le délire aigu, la paralysie générale, les lésions cérébrales

circonscrites, les folies toxiques, la folie morale, l'imbécilité, l'idiotie, le crétinisme.

Mais il ne suffit pas de constater que tous les auteurs français ou allemands se servent des mêmes termes pour désigner ces différentes affections mentales, il faut encore se demander quelle place ces dernières occupent dans les classifications ou, ce qui est la même chose, quelle est la doctrine qui s'attache à chacune de ces variétés morbides.

Et d'abord, la mélancolie et la manie.

Dans les classifications de MM. Krafft-Ebing et Schüle, elles figurent parmi les psychoses du cerveau complètement développé et valide, c'est-à-dire du cerveau qui n'aura jamais subi l'influence d'aucun antécédent héréditaire grave. C'est le groupe des *psycho-névroses*. A ce propos, rappelons-nous les caractères principaux des affections mentales de ce genre. Ils sont au nombre de cinq :

1° Elles surviennent d'une façon accidentelle, primitive, chez des individus jusque-là absolument normaux.

2° Pour se produire, elles ont besoin d'un facteur étiologique essentiellement grave, telle qu'une affection somatique suraiguë.

3° Leur évolution clinique est remarquable par sa régularité : il y a toujours une période prodromique ou d'incubation qui est suivie de la période d'état pendant laquelle la forme du délire est unique, bien déterminée; leur durée est fixe et la terminaison très nette : ou la

guérison absolue ou le passage à l'état de psycho-névrose secondaire.

4° Elles n'ont aucune tendance à l'intermittence, au retour périodique des accès.

Et 5° Elles sont rarement l'occasion d'apparition des troubles mentaux chez les descendants, mais, quand cela arrive, l'affection transmise est généralement une maladie mentale de même nature, c'est-à-dire, également, une psycho-névrose. Tels sont les caractères généraux de la mélancolie et de la manie, en tant que psycho-névroses primitives.

Voici maintenant comment chacune d'elles prise à part est comprise par les aliénistes allemands.

La *mélancolie* est un état morbide caractérisé par de la douleur morale, un ralentissement de toutes les fonctions psychiques, une disposition non motivée à la tristesse, des idées de culpabilité, de ruine, de persécution, d'idées hypochondriaques, tentatives de suicide, refus d'alimentation.

A ces symptômes peuvent s'ajouter, mais à titre secondaire, des troubles de la personnalité. Les hallucinations sont exceptionnelles. Selon le degré plus ou moins prononcé de cette dépression, on distingue la mélancolie simple, mélancolie anxieuse et mélancolie avec stupeur (*mélancholia attonita*).

La *manie* se caractérise, au contraire, par une agitation motrice générale d'origine centrale, par une accélération du travail psychique, par une surexcitation dans

la sphère des sentiments, une grande mobilité des idées, par le « tout au dehors », selon la formule de M. Magnan. On peut observer, mais sans que cela soit obligatoire, des modifications du «moi» et tout à fait exceptionnellement des troubles sensoriels.

Dans les classifications françaises, ces deux affections sont placées généralement dans le groupe des psychoses ou des vésanies proprement dites, c'est-à-dire des maladies mentales qui sont purement fonctionnelles et ne s'accompagnent, par conséquent, d'aucune lésion cérébrale organique connue ; et comme en outre, elles sont rangées en dehors de troubles psychiques dégénératifs, on peut dire qu'il existe à leur égard un accord complet entre la plupart des aliénistes, non seulement pour les noms, mais aussi pour la doctrine. M. Kraepelin enseigne cependant que la prédisposition joue un grand rôle dans leur éclosion, surtout pour la manie aiguë et la mélancholia attonita.

La *manie raisonnante*, les *folies périodiques*, les *folies névrosiques* figurent également partout sous le même terme, mais pour elles la doctrine varie. Dans les classifications allemandes, elles appartiennent au groupe des psychoses du cerveau complètement développé, mais invalide, c'est-à-dire du cerveau qui a subi l'influence d'antécédents graves héréditaires ou acquis. C'est le groupe des *dégénérescences psychiques* de M. Krafft-Ebing. Comme pour les psycho-névroses primitives, les signes

distinctifs de ces affections mentales sont au nombre de cinq :

1° Elles sont constitutionnelles, c'est-à-dire qu'elles frappent l'individu dès sa naissance.

2° Pour se produire au dehors elles n'ont besoin que de causes insignifiantes, comme un simple incident physiologique, la puberté, par exemple.

3° Elles évoluent d'une façon essentiellement irrégulière, et souvent il est difficile de préciser le moment de leur début ou de leur terminaison ; le délire qu'elles comportent est polymorphe, constitué par la succession désordonnée des formes délirantes les plus variées.

4° Elles ont une grande tendance à la répétition des accès.

5° Très souvent elles sont la cause de l'apparition des psychoses chez les descendants et même des psychoses à forme beaucoup plus grave.

Comparez cette doctrine allemande sur la manie raisonnante, les folies périodiques et les folies névrosiques avec celle des aliénistes français et vous constatez une différence très sensible.

Les folies périodiques notamment appartiennent dans la plupart des classifications françaises, à un groupe indépendant n'ayant rien à faire avec la dégénérescence mentale.

D'après M. Magnan, par exemple, dans les folies périodiques et leurs variétés : simple, circulaire, à double

forme et alterne, l'hérédité ne joue qu'un rôle excessivement faible.

Les folies névrosiques sont placées par certains auteurs français dans le groupe des états mixtes, c'est-à-dire des affections qui empruntent leurs symptômes à la neuropathologie et à la pathologie mentale ; par certains autres, dans le groupe des dégénérescences mentales. L'accord au point de vue doctrinal n'est complet que pour la manie raisonnante qui est considérée en France le plus souvent aussi comme une manifestation dégénérative.

Viennent ensuite : le *délire aigu*, la *paralysie générale*, la *démence sénile*, les *lésions circonscrites du cerveau* qu'on retrouve sous le même nom partout, et sur lesquels il n'existe pas de discussions doctrinales, comme chaque fois qu'il s'agit d'affections ayant une base anatomo-pathologique.

Pour les *folies toxiques* mentionnées par tous les aliénistes les doctrines varient. En Allemagne, on a, avec Schüle, une tendance à les considérer comme faisant partie du groupe des psychoses du cerveau invalide ; en France, au contraire, on leur accorde le plus souvent la valeur d'un groupe indépendant.

Enfin, dans toutes les classifications figurent sous le même nom et à la même place, la *folie morale*, l'*imbécilité*, l'*idiotie*, le *crétinisme*, l'*inversion du sens génital* : en Allemagne parmi les psychoses qui atteignent des cerveaux frappés d'arrêt de développement, en France, dans les

groupes des formes dégénératives, ou des états congénitaux, ou des anomalies du développement psychique.

Nous avons donc, sur les vingt et quelques variétés morbides qui composent la pathologie mentale, un nombre assez considérable de ces variétés qui figurent sous le même nom dans la plupart des classifications françaises et étrangères. En outre, quelques-unes ont reçu partout la même interprétation doctrinale.

Ceci étant bien constaté, n'est-il pas naturel de se demander pourquoi les aliénistes ont pu se mettre d'accord sur ces treize ou quatorze formes et non pas sur les autres ? Parce qu'elles se présentent avec des caractères simples et nettement définis, tantôt dans leur symptomatologie comme la mélancolie, la manie, la manie raisonnante, l'imbécilité, l'idiotie, le crétinisme, tantôt dans leur évolution comme les folies périodiques, tantôt dans leur étiologie, comme les folies toxiques et les folies névrosiques, tantôt enfin dans leur anatomie pathologique, comme le délire aigu, la paralysie générale et les lésions cérébrales circonscrites.

Or, les affections mentales qui figurent dans les diverses classifications sous des noms différents ont des caractères infiniment plus complexes, moins nettement délimités et donnent par conséquent un champ beaucoup plus vaste à l'interprétation.

Ces variétés morbides, nous les connaissons déjà d'aprés la nomenclature de M. Krafft-Ebing que nous avons choisie comme guide dans notre étude comparée :

ce sont la démence primaire curable, le Wahnsinn, la paranoia.

D'où viennent ces termes, quelle est leur origine? Car savoir leur origine c'est connaître en même temps la doctrine sur laquelle repose l'étude des affections qu'ils désignent.

Il y a quelque 20 ans, tout ce qui est décrit aujourd'hui sous ces noms-là était décrit, tantôt sous le nom de mélancolie, tantôt sous celui de manie, tantôt sous celui de démence; cela résultait de l'opinion alors dominante en Allemagne qu'une affection mentale fonctionnelle revêt toujours, au début, l'aspect de la mélancolie ou de la manie. Tout syndrôme psychique devait se manifester avant tout par un trouble de la sphère émotionnelle, de l'état cénesthétique ou, comme disent les allemands, de l'état *affectif*; ce trouble devait être ou dépressif et se produire sous forme de mélancolie, ou expansif et prendre l'aspect de la manie. Les accidents purement intellectuels, tels que l'affaiblissement des facultés, les conceptions délirantes, les illusions et les hullucinations étaient considérées comme étant toujours consécutifs, *secondaires* au trouble émotionnel qui lui était toujours *primitif*.

C'est pour réagir contre cette opinion que Snell d'abord et Westphal ensuite ont, par leurs communications, fait radicalement changer cette façon de voir. Ces auteurs ont indiqué des cas dans lesquels les conceptions délirantes apparaissent les premières sans

qu'on puisse trouver dans l'histoire des malades la moindre trace de mélancolie ou de manie.

En présence de pareils faits, on a été bien forcé d'adopter cette conclusion que le délire n'est pas toujours un accident secondaire, mais qu'il peut constituer aussi un état primaire.

C'est de là qu'est venue la *folie primaire*, la *primäre Verrucktheit*, la *paranoia primordialis*.

Le délire apparaît là à titre primitif, dès le début de la maladie mentale.

Plus tard, les différents auteurs qui recueillaient des observations de cette forme morbide remarquèrent une différence dans l'évolution de certains cas ; les uns mettaient plusieurs années pour pouvoir se développer complètement, les autres parcouraient en quelques semaines leur évolution et se terminaient par la guérison. La division de la paranoia primitive en chronique et aiguë est le résultat de cette constatation.

Mais ce ne fut là que la première phase dans l'étude de la folie primaire.

Lorsqu'on se mit à analyser d'une façon plus exacte les cas relatifs à la folie primaire aiguë, certains aliénistes notèrent dans le tableau clinique — et comme premières en date — des hallucinations nombreuses et variées, et ils se virent forcés de constituer une forme à part et de lui donner un nom spécial.

C'est ce que fit M. Krafft-Ebing en créant *son* Wahnsinn (délire ou psycho-névrose-hallucinatoire).

En même temps, en cherchant dans le groupe des folies primaires aiguës, on retrouva des cas déjà décrits autrefois par Esquirol et par Georget, dans lesquels les premières manifestations étaient, non pas des conceptions délirantes, comme dans la paranoia, non pas des hallucinations comme dans le Wahnsinn de M. Krafft-Ebing, mais un profond et subit affaiblissement des facultés intellectuelles. C'est ainsi que fut constituée la démence primaire curable.

Donc, au début, tous les cas dans lesquels existait un trouble primitif de la sphère intellectuelle, étaient réunis dans un seul grand groupe : folies primaires. Puis ce groupe fut subdivisé en : folie primaire proprement dite ou paranoia, Wahnsinn et démence primaire curable (d'après M. Krafft-Ebing).

M. Schüle ne divise les folies primaires qu'en deux groupes : les folies primaires proprement dites qu'il appelle Wahnsinn et la démence primaire aiguë ; de cette façon, la Wahnsinn de M. Schüle comprend : la paranoia et le Wahnsinn de M. Krafft-Ebing.

Meynert procède encore autrement : il divise les folies primaires en deux groupes : folies primaires proprement dites qu'il appelle comme Krafft-Ebing : paranoia, et *amentia*. Cette amentia de Meynert englobe donc la démence primaire curable et le Wahnsinn de M. Krafft-Ebing.

Enfin, M. Kraepelin distingue la démence aiguë, la paranoia, le Wahnsinn, la confusion mentale (*acute*

Verwirrtheit) et le délire du collapsus ; son Wahnsinn a une signification spéciale et se rapproche sensiblement de ce que Mendel a décrit sous le nom de paranoia aiguë ou subaiguë.

Nous allons maintenant résumer ces variétés dans l'ordre où nous les avons étudiées en donnant pour chacune d'elles : 1° sa symptomatologie sommaire ; 2° la place qu'elle occupe dans la classification de M. Krafft-Ebing ; 3° les différents noms sous lesquels elle figure et la doctrine qui s'y rattache dans les autres classifications allemandes ; 4° les termes auxquels elle correspond et l'interprétation doctrinale qu'elle a dans les classifications françaises.

I. Dans la *démence primaire curable,* il s'agit de sujets n'ayant pas encore le plus souvent atteint la trentaine, qui sous l'influence d'un facteur étiologique grave, fièvre typhoïde, abondante métrorrhagie, vive émotion morale, traumatisme crânien violent, grossesse, accouchement, surmenage continu de l'esprit ou du corps, commencent une affection mentale dont la période prodromique est constituée par une grande fatigue cérébrale et dont la période d'état se caractérise par une torpeur intellectuelle, un ralentissement de toutes les fonctions psychiques, un obscurcissement profond de la conscience, une sorte de paralysie de toutes les fonctions psychiques, y compris les motrices, une indifférence pour les besoins les plus élémentaires ; en même temps le malade présente un ensemble de symp-

tômes physiques, tels que : dilatation des pupilles avec faiblesse des réactions à la lumière et à l'accomodation, affaiblissement des réflexes cutanés, souvent état cataleptoïde des muscles, tremblement fibrillaire de la langue, ralentissement et petitesse du pouls, refroidissement des extrémités, légère hypothermie, diminution du poids du corps, troubles trophiques de la peau, surcharge des phosphates dans les urines. La marche de cette affection est remarquable par la présence des rémissions et des rechutes, et après plusieurs mois de durée, elle se termine le plus souvent par la guérison précédée d'une convalescence généralement longue. C'est en un mot, une affection psychique dans laquelle se développe, à titre primitif, un arrêt plus ou moins complet de toutes les fonctions psychiques, une stupeur dont le malade peut guérir.

Pour M. Krafft-Ebing, la démence primaire curable est une psycho-névrose primitive, au même titre que la mélancolie et la manie, c'est-à-dire que cet auteur la considère comme une psychose du cerveau complètement développé et valide. Dans les autres classifications allemandes, la même affection s'appelle autrement : Meynert lui donne le nom de *amentia stuporosa,* M. Schüle l'intitule : *démence primitive aiguë*, M. Kraepelin : *démence aiguë.*

La doctrine de M. Schüle sur cette affection est entièrement différente de celle de M. Krafft-Ebing ; en effet,

M. Schüle considère la démence primitive aiguë comme une psychose des cerveaux invalides.

Quant aux termes auxquels la démence primaire curable correspond dans la pathologie mentale française, quant à la doctrine qui s'y rattache, rappelons-nous les cinq observations allemandes que je vous ai présentées et qui étaient signées de Krafft-Ebing, Schüle, Meynert. Nous y avons constaté une symptomatologie très variable, mais nous sommes arrivés à cette conclusion que le plus souvent, elle correspond à ce que Esquirol décrivait déjà sous le nom de « démence aiguë », Georget, sous celui de « stupidité », à ce que nous appelons de nos jours du nom de « dépression mélancolique des dégénérés ». Il est bon de noter qu'en adoptant cette dernière façon de voir, nous nous trouvons d'accord avec M. Schüle qui classe aussi la « démence primitive aiguë » parmi les affections dégénératives.

II. — Le *Wahnsinn* de M. Krafft-Ebing en sa qualité de psycho-névrose primitive ne se produit aussi que sous l'influence de causes particulièrement graves qui provoquent chez les sujets frappés un épuisement momentané et aigu du système nerveux. Ces causes sont : la fièvre typhoïde, la pneumonie, la fièvre palustre, les hémorrhagies, les grands chagrins, la puerpéralité. La période prodromique, obligatoire, est constituée par une insomnie, une incapacité de travailler, une céphalagie, une extrême irritabilité. La période

d'état arrive ensuite brusquement par une avalanche d'hallucinations et d'illusions de tous les sens : chants, cris, coups de tonnerre, incendies, animaux féroces, odeurs de cadavres, goût arsénical des aliments, électricité, magnétisme — tout cela se produisant en même temps donne lieu à quatre phénomènes consécutifs : 1° aux conceptions délirantes les plus disparates, mélancoliques, hypochondriaques, érotiques, mystiques, de persécution, mégalomaniaques, idées entremêlées sans la moindre systématisation ; 2° à une modification incessante de l'état émotionnel avec tristesse, gaieté, emportements se succédant dans le plus grand désordre; 3° aux troubles de la personnalité, le malade se disant en même temps Dieu, diable, empereur ; 4° à un affaiblissement passager de toutes les facultés intellectuelles pouvant se résumer par le terme : *confusion mentale.* Dans l'état physique on note souvent : légère élévation de la température, surtout au début, insomnie, amaigrissement. La marche de cette affection présente des rémissions et des exacerbations. Elle se termine après une durée qui varie de quelques jours à plusieurs mois, le plus souvent par la guérison, quelquefois par la mort lorsqu'elle se transforme en délire aigu, et dans certains autres cas par le passage à la Verrucktheit secondaire ou à la Blödsinn secondaire.

En somme, le Wahnsinn de M. Krafft-Ebing est une affection mentale caractérisée avant tout par l'apparition primitive d'une foule d'hallucinations ; c'est, comme le

dit cet auteur, le délire hallucinatoire typique. La place qu'elle occupe dans sa classification parmi les psychonévroses primitives prouve que M. Krafft-Ebing professe à son sujet la même opinion qu'au sujet de la démence primaire curable, de la mélancolie et de la manie ; elle est pour lui une maladie mentale d'un cerveau complètement développé et valide.

Dans les autres classifications allemandes, le Wahnsinn de M. Krafft-Ebing figure sous des noms tout autres. Citons les principaux. Westphal l'appelle *Hallucinatorische Verrücktheit;* Mendel, *mania hallucinatoria;* Fritsch, *Hallucinatorische Verwirrtheit;* Meynert, *Amentia deliriosa;* Konrad, *Hallucinatorische Verworrenheit;* Schüle, *Wahnsinn aiguë;* Kraepelin, *Acute Verwirrtheit.* Ce dernier auteur décrit encore le délire du collapsus (*Das Collaps delirium*), qui par plus d'un trait se rapproche du Wahnsinn de Krafft-Ebing. La doctrine n'est pas non plus partout la même : M. Schüle notamment place son Wahnsinn aigu parmi les psychoses du cerveau invalide.

Pour nous rendre compte à quoi correspond exactement le Wahnsinn dans notre pathologie mentale, j'ai discuté avec vous six observations émanant de MM. Krafft-Ebing, Meynert, Rosenbach et Greidenberg. Nous sommes arrivés à cette conclusion que, à part des cas dont le tableau clinique est un peu disparate on peut dire que l'affection qui nous occupe correspond à ce que nous décrivons sous le nom de « Confusion mentale

avec excitation ou dépression, avec ou sans hallucinations chez des prédisposés ». Notre interprétation se rapproche donc, comme pour la variété précédente, de celle de M. Schüle qui considère également le Wahnsinn comme une manifestation de la prédisposition vésanique.

III. — Les *psycho-névroses secondaires* sont ainsi nommées par M. Krafft-Ebing, parce qu'elles constituent un des modes de terminaison des psycho-névroses primitives : la mélancolie, la manie, la démence primaire curable, le Wahnsinn. Cet auteur les divise en deux variétés qui sont : la *secundäre Verrücktheit,* et la *secundäre Blödsinn.*

Dans la *Verrücktheit secondaire,* le malade, après la disparition de l'excitation ou de la dépression de son accès de mélancolie, de manie, de Wahnsinn ou de démence aiguë, continue à manifester des conceptions délirantes, mais très incohérentes, nullement systématisées, faisant preuve d'un affaiblissement de plus en plus accentué des facultés intellectuelles. En discutant avec vous une observation donnée comme typique par M. Krafft-Ebing, nous l'avons interprétée de la façon suivante : « Affaiblissement des facultés intellectuelles consécutif à un accès d'excitation maniaque d'origine dégénérative. »

C'est à peu près la même chose pour la *Blödsinn secondaire,* sauf que l'affaiblissement des facultés est beaucoup plus accentué.

IV. — La *paranoia* ou folie systématisée est, d'après M. Krafft-Ebing, une maladie mentale qui atteint les individus dès leur tendre enfance ; elle se manifeste chez eux par un caractère rêveur, cachotier, romanesque, par une humeur mobile, par une extrême impressionnabilité. Elle éclate souvent à l'occasion des moindres incidents de la vie ou de petites affections fébriles sous forme d'obsessions, d'impulsions, de conceptions délirantes passagères. Le malade se fait remarquer de bonne heure par la facilité avec laquelle il accepte les hypothèses les plus absurdes pour expliquer ses sensations bizarres, et aussi par la facilité avec laquelle il trouve des rapports intimes entre lui et les évènements du monde extérieur. Il systématise son délire par des procédés paralogiques et en puisant ses fausses prémisses dans les illusions de la mémoire, dans les pseudo-réminiscences, dans les troubles sensoriels. Son travail intellectuel se faisant régulièrement, il arrive à organiser un délire logique dont le caractère essentiel est de se considérer comme un centre autour duquel gravite le monde extérieur. Dans ce délire, les idées peuvent être tantôt celles de persécution, tantôt celles de grandeur, mais aucune règle absolue n'existe au sujet de l'évolution de ces conceptions : elles peuvent exister séparément, elles peuvent coexister, elles peuvent se succéder. Le degré de systématisation est également très variable : tout dépend de la culture intellectuelle du malade et de sa

débilité mentale plus ou moins prononcée. A côté des conceptions délirantes existent souvent des hallucinations, auditives surtout, qu'elles soient sensorielles ou psycho-motrices ; en dehors du délire cependant, les facultés intellectuelles restent longtemps intègres. La marche de cette affection est, d'après M. Krafft-Ebing, toujours chronique. On n'observe jamais de guérison. La terminaison par la démence est assez rare, mais possible chez les onanistes invétérés, des alcooliques, des artério-scléreux.

En somme, la paranoia de M. Krafft-Ebing est une affection mentale chronique et incurable dans laquelle les conceptions délirantes systématisées se sont développées d'une façon primitive, c'est-à-dire sans phase préalable de dépression ou d'excitation.

Vous connaissez la division de la paranoia, d'après son époque d'apparition, en originaire et tardive, et de cette dernière en plusieurs modalités : typique, sexuelle, processive, religieuse, érotique, etc...

Toutes ces formes appartiennent, d'après M. Krafft-Ebing, au groupe des psychoses qui atteignent des cerveaux complètement développés, mais invalides, c'est-à-dire au groupe des dégénérescences psychiques.

M. Schüle ne se sert pas du terme « paranoia » auquel il préfère celui de Wahnsinn, ce qui donne lieu à une grande confusion dans le langage des aliénistes allemands. Il admet également une forme originaire qu'il appelle originare Verrücktheit et une forme tardive qui

se divise à son tour en chronique et aiguë. La doctrine de M. Schüle est en partie la même que celle de M. Krafft-Ebing : son Wahnsinn chronique se trouve également parmi les psychoses du cerveau invalide ; la forme originaire, cependant, est placée avec les psychoses des cerveaux ayant subi un arrêt de développement.

Quelques auteurs comme Schüle, Mendel admettent une variété aiguë ou subaiguë de la paranoia. Kraepelin désigne sous le nom de Wahnsinn une forme morbide ressemblant à la folie systématisée aiguë.

Dans les classifications françaises, la paranoia correspond à tous les délires systématisés, aussi bien au délire de persécution de Lasègue qu'au délire chronique à évolution systématique de M. Magnan, ou au délire des persécutés-persécuteurs de M. Falret, au délire d'emblée polymorphe, court ou durable des dégénérés, etc... Pour la plupart de ces délires systématisés, la doctrine est la même en France et en Allemagne. M. Magnan fait une exception au sujet du délire chronique qu'il considère comme n'étant jamais lié à la prédisposition héréditaire ou acquise.

Telles sont, Messieurs, les différentes considérations brièvement résumées sur la démence primaire curable, le Wahnsinn, la paranoia des auteurs allemands.

Eh ! bien, leur façon de comprendre ces « folies primaires » ne nous paraît pas s'appuyer assez solidement sur l'observation clinique. Personne ne peut le plus sou-

vent en présence d'un cas quelconque démêler ce qui a commencé d'abord, — le trouble cénesthétique, le trouble sensoriel ou le trouble intellectuel. Dès lors, il semble diffieile de fonder toute une doctrine sur un renseignement fourni d'une façon rétrospective par des personnes le plus souvent incompétentes. C'est d'ailleurs parce que l'appréciation de l'aliéniste se trouve basée, non pas sur une donnée clinique indiscutable, visible et tangible pour tout le monde, mais sur un fait hypothétique qu'on voit exprimer les opinions les plus contradictoires au sujet du même cas.

De même, c'est encore une hypothèse psycho-physiologique qui préside à la grande division des folies fonctionnelles en celles du cerveau *valide* et celles du cerveau *invalide*. Par quel procédé clinique certain les aliénistes allemands arrivent-ils à ranger tel aliéné parmi les individus à cerveau valide? La preuve qu'il n'y a rien de sûr dans cette doctrine, c'est que deux auteurs qui passent, et très justement, pour être les plus compétents en Allemagne, rangent la même affection mentale, la démence primaire curable, par exemple, l'un parmi les folies du cerveau valide, l'autre parmi celles du cerveau invalide. Ils ne s'entendent pas, parce que ni l'un ni l'autre ne possède des données précises, parce que tous les deux discutent en se basant sur une hypothèse psycho-physiologique impossible à démontrer scientifiquement.

On voit ainsi que les classifications allemandes sont

fondées non seulement dans leur ensemble, mais souvent dans les détails, sur de simples hypothèses.

Mais sommes-nous plus avancés dans nos classifications françaises ?

Il y a sûrement chez nous plus de sens pratique, plus de précision observatrice, moins de suppositions. Mais nous avons, il faut l'avouer, la dégénérescence mentale qui est tout à fait comparable à l'invalidité cérébrale des allemands. Cette notion pathogénique est trop vaste, et par cela même peu précise. Les fameux stigmates de dégénérescence deviennent chaque jour plus nombreux et il sera bientôt impossible de trouver un être humain non dégénéré. C'est donc une notion pathogénique par trop compréhensive et, par conséquent, destinée à perdre de plus en plus de sa valeur clinique.

Nous arrivons ainsi à la fin de notre étude, sans avoir la satisfaction de nous dire qu'il existe à l'heure qu'il est une véritable classification scientifique à l'abri de toute critique fondamentale. Toutes sont attaquables et toutes le seront tant que, comme vous l'a dit bien souvent M. le Professeur Joffroy, nous n'aurons pas, d'une part, des notions physiologiques exactes sur les fonctions intellectuelles du cerveau et, d'autre part, des données anatomo-pathologiques précises sur les altérations de ces fonctions. Si nous voulons qu'un jour la pathologie mentale puisse être mise au même rang de précision que la pathologie pulmonaire et cardiaque, que sa classification soit aussi inattaquable que celle des maladies

des poumons et du cœur, il faut diriger tous nos efforts vers ces études anatomo-physiologiques et cliniques. Tel est, Messieurs, l'enseignement qui se dégage pour nous de cette étude comparée des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne.

TABLEAU COMPARÉ DES VA

Figurant dans la plupart des Cl

M. KRAFFT-EBING	M. SCHÜLE
Démence primaire curable	1. Démence primaire aiguë ou dans certains cas 2. Wahnsinn avec stupeur
Wahnsinn	Certains cas de 1. Wahnsinn aigu 2. Délires fébriles 3. Psychoses transitoires
Verrücktheit secondaire	Démence secondaire
Blödsinn secondaire	Démence secondaire
Paranoia primitive chronique 1° Originaire 2° Tardive *a.* Dépressive { Typique, Quaerulens, Sexuelle } *b.* Expansive { Religieuse, Inventoria, Érotique }	1. Wahnsinn chronique 2. Originäre Verrücktheit
Paronoia primitive aiguë ou subaiguë	Certains cas de Wahnsinn aigu

ÉTÉS CLINIQUES DE LA FOLIE

sifications sous des noms différents

M. KRAEPELIN	M. MAGNAN
Démence aiguë 1° Forme maniaque 2° Forme stupide Certains cas de catatonie	Dépression mélancolique des dégénérés
Acute Verwirrtheit Délire du collapsus	Excitation maniaque avec confusion dans les idées, avec ou sans hallucinations chez les dégénérés.
Démence paranoïde secondaire	Affaiblissement secondaire des facultés intellectuelles
Démence secondaire	Affaiblissement secondaire des facultés intellectuelles
Paranoia dépressive { hallucinatoire, fantasque, hypochondriaque, processive Paranoia fantasque { avᵉ idées d'empoisᵉⁿᵗ, sexuelle, jalouse avec idées de persécution physique Paranoia expansive { hallucinatoire, mixte (idées de grandeur et de persécutᵒⁿ)	1. Délire chronique à évolution systématique. 2. Délire systématisé unique sans tendances évolutives. 3. Délires primaires multiples polymorphes sans évolution déterminée, durables. 4. Persécutés-persécuteurs.
Wahnsinn Forme hallucinatoire { simple, anxieuse, progressive Forme dépressive	Délires d'emblée et courts des héréditaires dégénérés

TABLE DES AUTEURS

K

L

M

N

P

R

S

T

V

W

Z

TABLE DES MATIÈRES



AUGUSTE RÉTY. — GRANDE IMPRIMERIE DE MEULAN (S.-ET-O.)